Rok LI. Kraków, dnia 26. października 1912. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń

podała

Dr Ludwika Karpińska.

(Odczyt w Towarzystwie psychologicznem w Warszawie, oraz w gronie lekarzy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie).

Po pierwszych próbach Galtona uczyniła szkoła Wundta kojarzenie wyobrażeń przedmiotem badań systematycznych. Doświadczenia te polegały na tem, że osobie badanej wymienia się jakiś wyraz, na który odpowiedzieć powinna ile możności jak najszybciej pierwszym wyrazem, który jej przyjdzie na myśl. Wyraz podany nazywa się »sygnałem« lub »hasłem«, odpowiedź — »reakcyą«.

Właściwie należałoby raczej mówić tu nie o kojarzeniu, lecz o reakcyi wyrazowej, gdyż trudno przypuścić, by związek między sygnałem, a reagowanym wyrazem, t. j. związek między wyrazami odpowiadał bezpośrednio związkowi psychicznemu. Ten związek zewnętrzny między wyrazami bierze rzeczy zbyt zgruba, by dawał bewzględnie dokładny obraz niezmiernie zawikłanych procesów psychicznych, jakiemi są kojarzenia. Reakcye te uzmysławiają jedynie w sposób odległy i niedoskonały związek psychiczny. Jeżeli zatem opisujemy i klasyfikujemy te w mowie wyrażone związki, to nie klasyfikujemy przez to właściwych istotnych skojarzeń, lecz tylko ich przedmiotowe objawy, z których jedynie z wielką ostrożnością możemy rekonstruować związki psychiczne, zwłaszcza tam, gdzie z reakcyą łączy się dążenie do skonstruowania czegoś, tak że w końcu staje się ona wynikiem zastanowienia nad sygnałem, a więc całego szeregu skojarzeń.

Pierwsze prace nad kojarzeniami dążyły do celów psychologicznych teoretycznych, nie zaś praktycznych. Interesowano się głównie logicznym związkiem między otrzymanemi parami wyrazów; pytano też, jaki jest wiek wynurzających się kojarzeń, czy powstały one jeszcze w młodości, czy też później.

Praktycznie interesującemi i płodnemi stały się te doświadczenia wówczas, gdy zajęli się niemi psychiatrzy, Kraepelin, Sommer i Ziehen. Ziehen badał kojarzenia u dzieci, Sommer zastosował badania nad kojarzeniami do rozpoznawania w psychiatryi. Wreszcie Jung, o którego pracach głównie zamierzam tu mówić, uczynił z doświadczeń tych niezwykle czułe narzędzie dla przedmiotowego stwierdzenia wszystkiego, co nurtuje duszę osoby badanej.

Przez podawanie sygnałów i otrzymywanie na nie reakcyi możemy w krótkim czasie zebrać znaczną liczbę kojarzeń u danej osoby. Porównując kojarzenia te z kojarzeniami innych osób, możemy stwerdzić, że określony sygnał wywołuje przeważnie określoną reakcyę. Zyskujemy w ten sposób środek dla badania prawidłowości w kojarzeniu wyobrażeń. Mówiąc o prawidłowości, o prawie, mamy na myśli konieczność uzależniań. W zastosowaniu do naszych doświadczeń będzie to znaczyć, że pewien wyraz pociąga za sobą u danej osoby i w danych warunkach koniecznie takie, a nie inne wyobrażenie. Wszelkie badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń muszą opierać się na założeniu determinizmu psychicznego i z tego stanowiska nabierają powagi i znaczenia eksperymentów przyrodniczych.

Pozornie niewyczerpana różnorodność kojarzeń daje się sprowadzić do pewnych grup zasadniczych. Wundt podzielił kojarzenia na podstawie zasad logicznych, opartych na przekazanych przez starożytnych prawach przyległości i podobieństwa. W ten sposób uzyskano przynajmniej logiczne punkty zaczepne dla klasyfikacyi, jakkolwiek ani Wundt, ani jego uczniowie nie rościli sobie pretensyi do wyczerpania całej pełni rzeczywistości. Na tym gruncie budowali dalej Aschaffenburg i Kraepelin. Jung oparł się w zasadzie na ich klasyfikacyi. Nie będę wchodzić w szczegóły tej klasyfikacyi i wyliczać poddziałów, zaznaczę tylko grupy najważniejsze. Aschaffenburg i Kraepelin odróżniają głównie kojarzenia wewnętrzne i zewnętrzne.

Do *wewnętrznych* należą tego rodzaju kojarzenia, jak:

Sygnał	Reakcya
jezioro	morze
drzewo	jabłoń
chłopiec	człowiek
żaba	skacze
ciepło	przyjemne

a więc związki, w których łącznikiem jest treść pojęciowa wyobrażenia.

Do zewnętrznych zaś:

Sygnał	Reakcya
stół	pokój
woda	ryba
koń	jeździć

t. j. takie, w których nie treść wewnętrzna, lecz zewnętrzna spółbytność stanowi łącznik. Specyalną odmianę zewnętrznego spółbytowania stanowią zdania utarte, cytaty,

przysłowia, dopełnienia wyrazow złożonych, jak np. siano— kos. Za czysto wyrazowe związki, a więc za skojarzenia zewnętrzne należy uważać takie, jak:

Sygnał	Reakcya
wóz	i przewóz
łaska	pańska
marcowy	kawaler
wolność	równość
oko	za oko
stacya	kolejowa
głód	pragnienie

Do kojarzeń zewnętrznych zalicza zatem Aschaffenburg wszystkie utarte połączenia wyrazów.

Bywa też, że sygnał wyzwala tylko wyraz o dźwięku podobnym, rym lub dopełnienie wyrazu, jak:

Sygnał		Reakcya
pies		bies
starzec		marzec
orka		orgia
głos	—	ownia
siano	—	kos

Kojarzenia takie wyodrębniamy jako kojarzenia dźwiękowe.

Pozostaje jeszcze pewna nieznaczna grupa kojarzeń, nie dająca się zaliczyć do żadnej z poprzednich, którą Jung wydziela jako »grupa reszty«, a której tymczasem możemy nie rozpatrywać bliżej.

Mimo wielu usiłowań różnych badaczy nie udało się dotychczas wynaleść jednego w zasadzie zupełnie odpowiedniego podziału kojarzeń. Dla wielu jednak zagadnień z dziedziny badań nad kojarzeniami wystarcza podział powyższy.

Na pierwszy rzut oka wydaje się niemożliwem wykrycie jakiejś prawidłowości w tworzeniu się kojarzeń. U jednej osoby znajdujemy dużo kojarzeń wewnętrznych, u drugiej — zewnętrznych, u trzeciej — dźwiękowych. Pochodzenie tych różnic było nieznane.

Kraepelin i Aschaffenburg uczynili znaczny krok naprzód przez to, iż usposobienie psychiczne osoby badanej zmienili w sposób ściśle określony przez wprowadzenie jej w stan silnego zmęczenia. Cel ten osiągnięto w ten sposób, iż z osobą badaną po przepracowanym dniu robiono doświadczenia w ciągu nocy, od 8 wieczorem do 8 rano w pewnych odstępach czasu, przyczem przerwy między doświadczeniami były wypełnione pracą umysłową. Osoba badana nie jadła nic w ciągu nocy. Okazało się, że umysłowe i fizyczne zmęczenie wpłynęło u różnych osób w całkiem określony i jednakowy sposób na kojarzenia i że wpływ ten da się wyrazić statystycznie. Dostrzeżone zjawisko polegało na tem, że ilość kojarzeń wewnętrznych zmniejszyła się, a zewnętrznych wzrosła, zwiększyła się zwłaszcza liczba skojarzeń dźwiękowych, jak bór — mór; oko — okno i t. d., czyli innemi słowy: związki wyobrażeń, w których łącznikiem była treść wewnętrzna, rozluźniały się i rozpadały coraz więcej w miarę wzrostu zmęczenia, ustępując miejsca zewnętrznym powierzchownym połączeniom wyrazów. Można też powiedzieć, że wartość kojarzeń zmniejsza się ze wzrostem zmęczenia. Jestto pierwsza ważna reguła, której podlega kojarzenie. Zmęczenie zaciera różnice indywidualne i nadaje kojarzeniu określony kierunek.

Prócz tego znalazł Aschaffenburg, że takaż sama zmiana w kojarzeniu wystąpiła u jednej z badanych przez niego osób, gdy ta zachorowała ciężko na grypę. Tak więc zmiana w usposobieniu tkanki mózgowej, wywołana przez gorączkę, obniża wartość kojarzeń, wytwarzając głównie połączenia dźwiękowe.

Te pozytywne wyniki pozwoliły Aschaffenburgowi nawiązać łącznik między badaną przezeń dziedziną a psychopatologią. Obserwacye kliniczne wykazały już dawno, że przy t. zw. manii panuje tenże sam sposób kojarzenia, który Aschaffenburg stwierdził przy zmęczeniu, mianowicie przeważają powierzchowne i dźwiękowe kojarzenia. Chorobę tę charakteryzuje nastrój wesoły, roztrzepanie, niezdolność skupienia się, odwracalność uwagi i podniecenie ruchowe, które wyraża się w ciągłym popędzie do zajęcia i ruchu. Przy analizie stanu zmęczenia odnajdziemy w nim łatwo podobne pierwiastki. Jeżeli przypomnimy sobie stan własny przy końcu nużącej wycieczki górskiej, to stwierdzimy z łatwością pewną bezpodstawną, powierzchowną wesołość i pobudliwość ruchową, która wyraża się w bezcelowych ruchach rąk i nóg. Łatwo też wykazać i kojarzenia dźwiękowe, znajdujące wyraz w dowcipach, robionych na szczytach i w schroniskach, a należących do rzędu kalamburów.

Aschaffenburg sądził, że wszystkim tym stanom jest wspólne podniecenie ruchowe i uważał je za przyczynę kojarzeń dźwiękowych.

Na podstawie kilkoletnich, systematycznie przeprowadzonych doświadczeń doszedł Jung do innego poglądu. Jeżeli osobie badanej dać na jednem posiedzeniu 200 sygnałów, to jakkolwiek nie nuży się ona naprawdę, zainteresowanie się jej doświadczeniem słabnie, staje się ono dla niej nudne i przy końcu doświadczenia osoba ta mniejszą zwraca uwagę na sygnały, aniżeli na początku.

Eksperymentator podzielił doświadczenia na pierwszą i drugą setkę i stwierdził we wszystkich tych przypadkach, gdy się osoby badane nudziły, znaczne zmniejszenie kojarzeń wewnętrznych i odpowiedni przyrost kojarzeń zewnętrznych i dźwiękowych. Spostrzeżenie to naprowadziło go na myśl, że przyczyną kojarzeń dźwiękowych nie jest podniecenie ruchowe, gdyż przy zwykłej nudzie nie daje się ono zauważyć, lecz brak uwagi. Liczne doświadczenia, przy których uwaga celowo była odwrócona od sygnału, potwierdziły to przypuszczenie. Przyrost kojarzeń dźwiękowych stwierdził autor także u osób, u których zdolność skupienia uwagi na doświadczeniu zmniejszyła się wskutek tylko co przeżytego silnego afektu, prócz tego w stanie senności, oraz u tych wszystkich umysłowo chorych, u których uwaga jest zaburzona. Doświadczenia szkoły Kraepelina wykazały, że kojarzenia stają się powierzchowne również przy ostrem zatruciu alkoholem. Aschaffenburg znalazł to samo u gorączkujących. Można przeto powiedzieć, że w miarę, jak się zmniejsza napięcie uwagi, wzrasta ilość kojarzeń zewnętrznych i dźwiękowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Zabieg operacyjny czy pasek przepuklinowy?

napisał

Prof. Dr. V. Chlumský.

Wobec takiego pytania staje często lekarz, i wtedy, należy szczerze to wyznać, nie zawsze łatwą jest rzeczą znaleść słuszną odpowiedź. Większość chirurgów zaleca każdą przepuklinę operować, każdy otwarty kanał przepuklinowy drogą operacyjną zamknąć bez względu na to, czy chodzi o młodych, czy starych chorych; powołują się przytem na to, że operacya jest bardzo łatwa, krótko trwa, że niema prawie żadnych nawrotów i żadnej śmiertelności, operowany zaś raz na zawsze zostaje uwolniony od swych dolegliwości i niebezpieczeństwa uwięźnięcia przepukliny.

A jednak szerokie koła publiczności, a z nią, zdaje się, także bardzo wielu praktykujących lekarzy jest innego zdania, czego dowodem tak rozwijający się i kwitnący wyrób pasków przepuklinowych.

Chory obawia się noża, ta obawa przenosi się także na lekarza domowego, a w końcu i pasek przepuklinowy robi swoje. Jak doświadczenie poucza, można z paskiem przepuklinowym dożyć późnego wieku. Przed około 20 laty badałem jako lekarz wojskowy kilka tysięcy rekrutów i rezerwistów. Zadaniem mojem było wykazać, czy ludzie ci nie mają przepuklin i byłem wprost zdumiony tem, jak często bywa otwarty i jak bywa wtedy szeroki kanał pachwinowy i jak często wyczuwałem nawet wchodzenie pętli jelita do kanału.

Według mego zapatrywania, powinniby byli przynajmniej poborowi z bardzo szerokimi, otwartymi kanałami być uwolnieni od służby wojskowej. Komenderujący, starszy kolega pouczył mnie jednakże, że ta rzecz bardzo często się zdarza, że ci ludzie tylko rzadko z tego powodu stają się przedmiotem konsultacyi i że jeszcze rzadziej zdarza się, aby u nich wystąpiły rzeczywiste przepukliny mimo wytężających ćwiczeń. W każdym razie byłyby badania i statystyka w tym kierunku bardzo pouczające.

Wobec tego zdaje się, że sprawa przepuklin nie jest tak rozpaczliwą, jak to większość operatorów sądzi.

Praktyk, który o wszystkiem powinien być poinformowany, słusznie czyni, jeżeli nie zawsze zmusza chorego na przepuklinę do operacyi. Kiedy jednak powinien to uczynić, a kiedy powinien przepisać tylko noszenie paska przepuklinowego?

Przepukliny występują bardzo często, i to już we wczesnym wieku, nieraz u noworodków. Także w tych przypadkach żąda wielu operatorów zaszycia otwartych wrót. Według mego doświadczenia nie jest to tak konieczne. Po pierwsze, przy odpowiedniem postępowaniu znika wiele przepuklin pachwinowych i pępkowych, — a o te po największej części chodzi —, już w kilka tygodni. Powtóre przepukliny u dzieci nie są tak niebezpieczne, jak u dorosłych. Sam widziałem w ostatnich trzech latach na moim oddziale chirurgicznym w szpitalu dziecięcym św. Ludwika w Krakowie tylko dwa razy uwięźnięcia przepukliny, które w obu przypadkach zostały bez operacyi odprowadzone. Przytem dodać należy, że nasz materyał przepuklinowy jest wielki i w pewnych miesiącach operuje się prawie codziennie po kilka przepuklin.

Według tego doświadczenia radzę u dzieci jednorocznych do trzechletnich nie spieszyć się z operacyą. Płaska poduszeczka (pelota), połączona z niezbyt silną sprężyną, usuwa zwykle dokładnie przepuklinę u dzieci, a pod pelotą zwęża się kanał przepuklinowy do tego stopnia, że dziecko bez operacyi zostaje uwolnione od swego cierpienia. Rzecz jasna, że przy tem jest konieczna pewna opieka. Paski muszą być trzymane czysto i w suchym stanie, odpowiednio dostosowane, kontrolowane i, jeżeli potrzeba, także częściej zmieniane.

Ja polecam noszenie paska przez dzień i noc i sporządzam go ze słabych sprężyn stalowych, które są dobrze wysłane i skórą obszyte. Obszycia gumowe są mniej praktyczne, ponieważ łatwo mogą wywołać wyprysk.

Zwykle polecam dwa paski przepuklinowe do zmiany w razie zmoczenia jednego. Jeżeli mimo tego powstanie wyprysk, wówczas polecam chore miejsce posypać pudrem lub posmarować waseliną. Wszystko to wymaga już pewnej znajomości rzeczy ze strony rodziców lub otoczenia dziecka, której w naszej klienteli szpitalnej często trudno się spodziewać. A mimo tego wyleczyły się po największej części nasze przypadki mimo najniepomyślniejszych warunków dość prędko i całkiem dobrze.

Zabieg operacyjny jest wprawdzie łatwy, ale nie wolny od niebezpieczeństwa. Sam widziałem, jak mniej doświadczonym operatorom zdarzało się naciąć pęcherz, naruszyć jelito, albo przeciąć powrózek nasienny, pominąwszy już wiele innych powikłań, jak zakażenia, zapalenia płuc i nawroty. Jeżeli zatem tego wszystkiego można uniknąć, to lepiej to uczynić.

Jeżeli z jakiejkolwiek przyczyny przepukliny nie ustępują, albo są tak wielkie, że nie można się spodziewać zarośnięcia otworów, wówczas przystępujemy do zabiegu operacyjnego. I tu nie należy zbyt długo czekać, ponieważ noszenie pasków u młodych ludzi nie jest także całkiem bez niebezpieczeństwa. Jednem z najczęstszych złych następstw noszenia paska przepuklinowego jest upośledzenie dopływu krwi tętniczej do jądra i zastój krwi żylnej. Następstwem tego jest upośledzone odżywienie tego tak ważnego gruczołu i miałem sposobność często widywać jądro po stronie chorej wybitnie zmienione, po największej części małe, zanikłe. Oprócz tego spotykałem się ze stwardnieniem jądra i bardzo często z żylakowemi zmianami w splocie nasiennym (plexus pampiniformis). Być może, że do zaniku jądra przyczyniał się ucisk na nerwy odżywcze.

Nie rzadko spotyka się przepuklinę obok wnętrostwa (kryptorchismus). W tych przypadkach nie zaleca się leczenia przepuklin przy pomocy pasków. Wprawdzie i tutaj udaje się ono także czasem, ale bardzo często utrudnia się przez to zstąpienie jąder i wywołuje się zanik jądra. W tych przypadkach jest zabieg operacyjny o wiele korzystniejszym. Jeżeli się rodzice nie mogą zdecydować na operacyę, wówczas nie należy polecać żadnego paska, ale czekać lepiej na zstąpienie jądra i dopiero, gdy to się stało, polecić odpowiedni pasek. Oczekiwanie nie jest tu niebezpieczne, bo, jak powiedziałem, uwięźnięcia przepuklin są u dzieci bardzo rzadkie.

U chorych, którzy 10 lat życia przekroczyli, a 20 nie osięgli, można uzyskać przy odpowiednich staraniach zamknięcie się kanału i wrót przepuklinowych bez operacyi, jednakże leczenie trwa długo, a wynik nie jest pewnym. Poleca się w tych przypadkach paski z dobrą, niezbyt silnie ugniatającą sprężyną, które przez dzień i noc mają być noszone. — Peloty muszą być płaskie i dokładnie przylegać do kanału i wrót przepuklinowych. Większość bandażystów sporządza paski w ten sposób, że pelota tworzy rodzaj czopa, wchodzącego we wrota przepuklinowe i w ten sposób zamykającego je zrazu bardzo dobrze. Takie peloty należy odrzucić, ponieważ powoli i stopniowo rozszerzają one otwór kanału i zmuszają chorego do noszenia coraz większych pelot. W takich warunkach nie można oczywiście myśleć o zarośnięciu, ani o zmniejszaniu się wrót przepukliny. Również silne sprężyny nie są godne polecenia, ponieważ wywołują one wprost rodzaj odleżyn. Pod pelotą znika wszystka tkanka tłuszczowa i wyczuć można bezpośrednio powięzie przedniej ściany brzusznej. Przez to cierpi także odżywienie uciśniętego miejsca, cała ściana brzuszna staje się słabszą i mniej odporną. Peloty powinny być nie za wielkie, ale także nie za małe. Powinny nietylko zamykać wrota przepuklinowe, lecz także uciskać przednią ścianę kanału przepuklinowego. Za wielkie peloty nie mogą tego sprawić, ponieważ wywierają ucisk na zbyt wielką powierzchnię i tu z powodu ucisku na kości mogą z nadanego kierunku łatwo zboczyć tak, że wrota pozostają niezamknięte, albo tylko niedostatecznie przykryte. Nadto także zbyt wielkie peloty sprawiają przez ucisk na kości dość silne bóle. Małe peloty łatwo się przesuwają, albo, jeżeli dokładnie przylegają do wrót, rozszerzają je, ponieważ wówczas tworzą rodzaj klina, jak to już wyżej wspomniałem. U młodych ludzi za najlepsze uważam peloty podłużne, gruszkowate, średniej wielkości. Nie mogą one być ani za twarde, ani za miękkie. Drzewo, kauczuk i tym podobne twarde materyały nie nadają się całkiem do sporządzania pelot, ponieważ żłobią istne doły w ścianie brzusznej. Miękkie, a zwłaszcza elastyczne peloty z gliceryną, balony gumowe i t. p. również nie są godne polecenia, ponieważ przez swoją niestałość i niejednostajne ciśnienie tylko w małym stopniu przyczyniają się do zamknięcia kanału.

Polecam sporządzać peloty z blachy stalowej lub żelaznej i dobrze wymościć włósiem końskiem i skórą. Ten rodzaj pelot okazał się najlepszym i stosunkowo najtańszym. U młodych chorych uzyskujemy często takie zmniejszenie kanału przepuklinowego i wrót, że po miesiącach, względnie latach możemy się odważyć pozwolić, by chory chodził bez paska. Nawroty nie należą jednak do rzadkości i dlatego polecamy każdemu takiemu choremu najpierw zabieg operacyjny.

Jeżeli zgłosi się chory na przepuklinę, który ma już 20 lat, ale nie przekroczył 50—55 lat, to radzimy mu zawsze lepiej nie czekać, lecz zaraz poddać się operacyi. Tutaj niema prawie nadziei samoistnego zamknięcia się wrót przepuklinowych pod paskiem. Jeżeli jednak taki chory życzy sobie raczej nosić pasek, to wówczas postępujemy, jak w poprzednich przypadkach. Dobieramy jednak już silniejszych sprężyn, aby chory lepsze miał oparcie i prędzej i łatwiej mógł się oddawać swej pracy zawodowej.

Zwykle im starsi są zgłaszający się chorzy, tem większe mają przepukliny i wrota, tem krótsze kanały, a nierzadko także zrosty trzew ze ścianą worka przepuklinowego. Wyżej już opisane zmiany jądra i powrózka nasiennego są tu bardzo częste. Także kształt pasków bywa bardzo rozmaity i mniej zwykły. Peloty są prawie z reguły klinowe, wielkie, nierzadko opatrzone dzióbem, skierowanym ku dołowi, od którego biegnie rzemyk do sprężyny paska przepuklinowego. Widzi się, że chory i bandażysta wiele sobie zadają trudu, aby powstrzymać trzewia, wpychające się do worka przepuklinowego. Wszystko to są następstwa klinowatych pasków, w początkach tak dobrze pasujących. W wielu takich przypadkach da się jeszcze cała sprawa przy pomocy płaskich pelot poprawić, ale nierzadko jesteśmy zmuszeni na obranej już drodze dalej postępować i używać również pelot klinowych, ponieważ przepukliny w inny sposób nie da się zatrzymać. Tak zwane dzióby albo paski anatomiczne z pelotą o formie według wrót przepuklinowych oddają w tych przypadkach często dobre usługi.

Jeżeli się już wytworzyły zrosty z trzewiami, wówczas staramy się je rozluźnić przez spokojne leżenie w łóżku i odpowiednie miesienie. Jeżeli to wszystko nie pomaga, wówczas robimy dla mniejszych przepuklin peloty wydrążone, które jakby ręką obejmują wypadające trzewia i przeszkadzają ich wypadaniu. Przy większych przepuklinach nie wystarczają sprężynowe paski przepuklinowe, sporządza się tylko odpowiednie wieszadła (suspensoria) ze skóry, które wprawdzie ułatwiają noszenie przepuklin, ale tylko miernie wstrzymują wypadanie trzew.

Po 55. roku życia staje się zabieg operacyjny niebezpieczniejszym, zwłaszcza z powodu niebezpieczeństwa powikłań ze strony płuc. W tych przypadkach polecam zabieg operacyjny tylko osobom jeszcze czerstwym, u których zwłaszcza serce i płuca dobrze działają. Zresztą zalecamy paski przepuklinowe, a mianowicie u jeszcze silniejszych paski sprężynowe, u starszych, słabowitych — gumowe.

Ten rodzaj pasków przepuklinowych ma zamiast sprężyny silny pas gumowy, który osoby osłabione lepiej znoszą, niż sprężynę; ich działanie przy wstrzymywaniu przepukliny jest jednak o wiele mniejsze. W kilku takich przypadkach próbowałem naprożno wszystkich możliwych pasków przepuklinowych; zatrzymanie przepukliny nie udało mi się. Kilka razy pomogłem sobie w ten sposób, że trzewia odprowadzałem, skórę nad wrotami przepuklinowemi fałdowałem i przeprowadzałem nad nią kilka taśm przylepca i dopiero nad tym opatrunkiem plastrowym zakładałem pasek przepuklinowy. Było to potrzebne przy szczególnie wielkich przepuklinach u starszych ludzi, u których już nie było kanału przepuklinowego, lecz wrota przepuklinowe wewnętrzne i zewnętrzne zlały się ze sobą w jedne wrota. Jeżeli założyło się opatrunek w sposób taki, jak opisałem, to udawało się po kilku dniach względnie tygodniach skonstruować jednak pasek, który wstrzymywał przepuklinę.

Jeżeli to wszystko nie pomaga, to decydujemy się nierzadko nawet u starszych osób na zabieg operacyjny.

W tych przypadkach jest najlepiej operować ile możności w lecie, ponieważ w tym czasie, jak się zdaje, najrzadziej zdarzają się powikłania ze strony płuc.

Jak z tego krótkiego, jednakże na rzeczywiście wielkim materyale opartego opisu widać, jest trafny wybór między operacyą a paskiem przepuklinowym rzeczą bardzo ważną. Jeżeli się wybierze pasek przepuklinowy, to przepisać go powinien lekarz, a nie bandażysta, ponieważ zły pasek przepuklinowy może przynieść więcej szkody, niż pożytku.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Herman (Lwów): **O ropnem zapaleniu wyrostka robaczkowego,** z przedmową Prof. Dra Rydygiera. 1912, Lwów, K. Jaffy. Warszawa, E. Wende, 8⁰, str. 150,

Z radością powita każdy lekarz polski, a zwłaszcza chirurg, dziełko prof. Hermana. Sprawa, w niem omawiana, tylokrotnie w ostatnich latach była i u nas i zagranicą tematem obrad zjazdów i poszczególnych prac, tyle różnorodnych, niekiedy wręcz sprzecznych zdań się słyszało i czytało, że naprawdę nadszedł czas, aby lekarzowi praktycznemu dać do rąk nić przewodnią, ułatwić mu oryentowanie się. Autorowi, o ile mi się zdaje, ten właśnie cel przyświecał.

Rzecz ujęta jest wogóle krótko, zwięźle, jasno i zajmująco, a czyta się łatwo. Pewne drobne cechy językowe i pisowni (»we wyrostku«. »znachodzi się«, znaki zapytania po zdaniach zależnych) nadają charakter indywidualny.

Rozdziały: »Anatomia opisowa i topograficzna wyrostka robaczkowego«, »Patogeneza, etyologia i anatomia patologiczna zapaleń wyrostka« dają treściwy obraz panujących poglądów w umiejętnem a trafnem oświetleniu krytycznem.

W rozdziale »Symptomatologia zapaleń wyrostka« znajdujemy systematyczne zestawienie wszystkich znanych objawów. W tym rozdziale powinienby znaleść się pomiędzy objawami częstymi objaw Blumberga, wymieniony niżej wśród objawów rozlanego zapalenia otrzewnej. Objaw ten, stwierdzony ponad prawym dolnym kwadrantem brzucha, wraz z objawem Rovsinga w klasycznej czy innej odmianie (autor nie przywiązuje do niego większego znaczenia) oraz obroną mięśniową, dają wskazówki rozpoznawcze ważne, zwłaszcza o destrukcyjnym charakterze sprawy w wyrostku. Nie znajduję w tym rozdziale wzmianki o badaniu co do wolnego wysięku w jamie brzusznej.

Sprawa przebicia wyrostka robaczkowego i jej symptomatologia jest, jak mi się zdaje, traktowana zanadto »per se« i groźnemu słowu »przedziurawienie« nie zostało odjęte jego trochę jednostronne pojmowanie. Przecież przebicie wyrostka zdarza się znacznie częściej, niż uważana dawniej za jego nieuniknione następstwo fatalna »peritonitis perforativa diffusa«. Przebicie wyrostka wśród już powstałych zrostów ochronnych wiedzie przeważnie do ropnia umiejscowionego, i to niezawsze. Wśród obecnie coraz już rzadszych operacyi »na zimno«, nieraz znajdujemy wyrostek w stanie, świadczącym o przebytem przedziurawieniu, chociaż przypadek podczas napadu nie cechował się niczem szczególnie ciężkiem po za naciekiem, »plastronem«, w dole biodrowym. W związku z tem niedość może zaznaczony jest praktycznie zdaniem mojem najdonioślejszy podział zapaleń wyrostka na takie, które mają skłonność do ograniczenia się sprawy i takie, które tej skłonności nie pozwalają przewidywać.

W sprawie rozpoznania zupełnie podzielam zapatrywania autora. Podniesione przez niego trudności rozpoznawcze i ciężkie stąd wątpliwości zna każdy chirurg, mający rozstrzygać o operacyi. Zgadzam się również, że niejednemu błędnemu rozpoznaniu można zapobiedz przez dokładne szczegółowe zbadanie chorego. W różniczkowaniu od ostrych zapaleń przydatków narządów kobiecych nie spotykam dość dla nich charakterystycznego braku obrony mięśniowej, nawet w razie już zajętej otrzewnej.

Co do wskazań operacyjnych, zupełnie zgadzam się z autorem. A więc, bezwzględnie operacya wczesna, w ciągu o ile możności pierwszej, a najdalej drugiej doby. Nie przemawia przeciw temu ani to, że zmiany przytem w wyrostku znajdowane są często bardzo nieznaczne (nastrzykanie błony surowiczej, drobne wybroczyny w śluzówce), ani to. że wyjątkowo możemy trafić na wyrostek pozornie zupełnie zdrowy. Wyrostek, który raz »wyszedł z równowagi«, zawsze jest w jamie brzusznej niepożądany i nieobliczalny, a niebezpieczeństwo operacyi prawdziwie wczesnej należy ocenić w rękach wyćwiczonych chirurgów na 0,5% (Kümmel 1910, zestawienie z ostatnich 3 lat).

Stanowisko autora, że w okresie pośrednim należy wskazania do operacyi stawić oględniej i z wyborem, podzielam zupełnie, wbrew zdaniu t. zw. przez autora »interwencyonistów«, którzy w każdym przypadku i w każdym okresie operują. Oznaki szerzenia się zrazu ograniczonej sprawy, ropień lub inne powikłania dają tu wskazania do zabiegu na chorym, stale pozostającym pod ścisłym nadzorem. Operacye w sensie »interwencyonistów« dają w tym okresie rokowanie niepewne; — cyfrowo rozstrzygnąć, czy lepsze jest wyczekiwanie, czy operowanie podług szablonu, tu się jeszcze nie da. Nie mogę się pozbyć wrażenia, że sprawa dobrze otorbiona, ze skłonnością do spadku tętna i ciepłoty i bez groźniejszych innych oznak, w razie operacyi, rozklejania zrostów, szukania wyrostka i tamponady, nieraz kończy się źle, a w każdym razie gorzej, niż nieoperowana, jeżeli doliczymy przepuklinę pooperacyjną.

Co do operacyi »na zimno« najzupełniej się piszę na zdanie autora, że jest ona nawet »mniej etyczna« od operacyi wczesnej. W obecnych czasach, wobec szerzącej się wśród publiczności znajomości zapalenia wyrostka robaczkowego, można, zwłaszcza wobec inteligentnych mieszkańców miast, — a o takich przeważnie chodzi, — trzymać się zasady na zimno nie operować, lecz najściślej zalecić choremu, by się zgłosił do operacyi w pierwszym dniu już znanego mu nawrotu choroby. W ten sposób unikniemy operacyi w niejednym przypadku, w którym wcale nie miały nastąpić nawroty. Przytoczę tu jeszcze znamienne zdanie Kochera, wypowiedziane na Zjeździe w Berlinie 1910, a nie zapisane w stenogramach, że nadchodzi czas, gdy lekarz domowy będzie się wstydzić, jeśli dopuści swego chorego do operacyi na zimno, zamiast poddać go operacyi wczesnej.

Po tych uwagach raz jeszcze podnoszę, że Prof. Hermanowi należy się za podjęcie i piękne wykonanie tak trudnej pracy szczera wdzięczność od braci lekarskiej. Miejmy nadzieję, że praca ta wyjdzie na pożytek wielu cierpiącym, a nam chirurgom oszczędzi nieraz troski, ogarniającej wobec ciężkiego zapóźnionego przypadku.

Doc. Dr. Z. Radliński.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Rollier. **Leczenie gruźlicy światłem słonecznem.** (Wien. klin. Woch. 1912 Nr 30). Energiczny propagator leczenia gruźlicy, zwłaszcza chirurgicznej, Rollier z Leysin, donosi o wynikach tego sposobu leczenia u 650 chorych. Zwłaszcza korzystne wyniki osiąga się przy gruźlicy stawu biodrowego i kolanowego, stosując przytem co najwyżej

wyciąg. Sprawność stawu bywa po wyzdrowieniu zwykle znakomita. Także gruźlica gruczołów w ten sposób leczy się zazwyczaj korzystnie, przyczem gruczoły albo znikają lub rozmiękają tak, że przez nakłucie usunąć można ich treść bez oszpecenia. Martwaki z kości wydalają się pod wpływem tego leczenia o wiele wcześniej. Nadzwyczaj korzystnie działają też promienie słońca przy gruźliczem zajęciu otrzewnej, a nawet jelit. Leczenie to wpływa też znakomicie na stan ogólny, tak że nadaje się bardzo dobrze jako środek zapobiegawczy u dzieci wątłych. K.

Iselin. **Zachowawcze leczenie gruźlicy gruczołowej.** (Korr. f. Schw. Ärzte 1912 Nr 20). Na podstawie bogatego doświadczenia z kliniki bazylejskiej zaleca I. leczenie gruźlicy gruczołowej promieniami Röntgena. Oddaje ono tak dobre usługi, że od 3 lat bardzo już rzadko operuje się w Bazylei gruczoły gruźlicze, co najwyżej pojedyncze twarde, nie skłonne do rozmiękania. Wynik kosmetyczny jest bardzo dobry. Pomocne w leczeniu jest ogólne traktowanie ciała słońcem, przyczem należy unikać działania słońca na miejsca rentgenowane. K.

Spade. **Pierwsze próby nowego kombinowanego leczenia raka (podrażnienie elektro-magnetyczne i leczenie arsenem).** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 31). Autor osiąga podobno wcale dobre wyniki lecznicze przy rakach, zwłaszcza skórnych, wstrzykując w okolicę nowotworu tlenek żelaza (ferrum oxyd. nigrum) w zawiesinie i działając potem na tkanki elektromagnesem, a równocześnie wstrzykując śródżylnie atoksyl. Osiąga się przez to silne przekrwienie, a następowo tworzenie się tkanki łącznej i blizny i zanikanie nowotworu. Można też stosować na ranę pooperacyjną żelazo celem zapobiegania tworzeniu się nawrotów miejscowych. K.

Müller. **Spostrzeżenia lecznicze w 100 przypadkach nowotworów złośliwych, leczonych kombinacyą promieni Röntgena i przegrzewaniem** (diathermia). (Münch. med. Woch. 1912 Nr 28). Autor zachwala podane przez siebie jeszcze w r. 1909 powyższe kombinowane leczenie rentgenizacyą i diatermią. Oddaje ono cenne usługi, bo nieraz pobudza do zniknięcia nawet te nowotwory, które na same promienie Röntgena były dotąd odporne. Najlepiej znikają raki skórne, mięsaki zaś zachowują się różnie. Nawet przy tej samej budowie jedne mięsaki znikają bardzo szybko, inne są odporne. Ciekawą jest rzeczą, że najrychlej znikają nowotwory czaszki, potem tułowia, nowotwory zaś kończyn są najodporniejsze. Leczenie to nadaje się też po operacyach celem zapobiegania nawrotom. Skórę chroni M. okładami, zmoczonymi w rozczynie octanu ołowiowego. K.

Zeller. **Zastosowanie wewnętrzne i zewnętrzne środków leczniczych u chorych na raka.** (Münch. m. Woch. 1912. Nr 34—35). Kombinowany sposób leczenia nowotworów podług Zellera zasługuje na uwagę, albowiem wyniki leczenia są wcale dobre, co potwierdza również w przedmowie do pracy niniejszej Czerny z Heidelbergu. Zeller leczy raka w ten sposób, że miejscowo działa na tkankę guza pastą, złożoną z arszeniku i cynobru, a wewnętrznie podaje przetwory krzemowe. Te przetwory krzemowe wywołują nieraz już same rozpad guza lub jego znikanie, ale sprawa ta postępuje nieraz tak ostro, że wytwory rozpadu guza zatruwają ustrój i z tego też powodu stara się Zeller temu zapobiedz przez niszczenie miejscowe guza pastą, pod której wpływem guz zmienia się w miazgę martwiczą, a potem daje się łatwo wymyć, czy usunąć mechanicznie. Pastę nakłada Z. na guz w 8—14 dni, a krzem (t. zw. nacasilicum) podaje trzy razy dnia po 0·5. Leczenie to jest bolesne, ale wyniki, jak dotąd, wcale dobre, bo na 57 chorych u 44 osiągnął Z. wyleczenie, chodziło zaś nieraz o nawroty lub bardzo posunięte już nowotwory. K.

Peričić. **Leczenie zewnętrznego wąglika.** (Med. Klinik, 1912, Nr 34). Na podstawie obserwacyi 45 przypadków wąglika oświadcza się autor jedynie za leczeniem zachowawczem (spokój, leżenie w łóżku, zawieszenie kończyny, okłady z sublimatu 1:000 lub 10% wody Burowa). Wewnętrznie podaje autor co dwie godziny kroplę jodyny w wodzie i chininę. Zabieg chirurgiczny uważa P. poprostu za błąd; dozwolony jest on jedynie w razie silnego napięcia, zwłaszcza na powiekach, celem zapobiegnięcia ich zgorzeli. A.

Zinn. **O przerzutowych nerkowych i pozanerkowych ropniach w następstwie czyraków.** (Ther. d. Geg. 1912, IV). Z. zwraca uwagę na dość częste powstawanie ropni okołonerkowych i śródnerkowych w następstwie czyraków. Ropniom tym towarzyszy zwykle wysoka ciepłota o niestałym typie z dreszczami i objawami ogólnego schorzenia. Miejscowo chorzy skarżą się na ból w okolicy nerki, przyczem nieraz wykazać się daje jej powiększenie. Badanie moczu zwykle nie wykrywa nic nieprawidłowego, co najwyżej ciałka krwi czerwone, natomiast badanie bakteryologiczne ropy stwierdza ścisłą łączność z czyrakiem, bo zwykle gronkowca złocistego. Wczesne rozpoznanie, a co za tem idzie, wczesny zabieg chirurgiczny rozstrzygają nieraz o losie chorego. K.

Hagen. **Wskazania i granice wewnętrznego leczenia wola.** (Tow. lek. Norymberga, maj 1912). Leczyć wola szablonowo jodem jest obecnie wielkim już błędem. Zawsze trzeba naprzód zdać sobie sprawę, jaki rodzaj powiększenia gruczołu mamy przed sobą, ew. podając (dyagnoza ex juvantibus) z początku bardzo małe dawki przetworów gruczołu tarczowego. Do leczenia wewnętrznego nadają się głównie t. zw. hypotyreozy, a dalej przypadki, w których źródłem powiększenia gruczołu jest zwiększona z konieczności jego praca (wól przy ciąży, w czasie dojrzewania płciowego i t. p.). Badanie krwi podług Kochera oddać może cenne usługi i być probierzem skuteczności leczenia. Unikać należy szablonowego podawania w każdym przypadku powiększenia gruczołu, zewnętrznie i wewnętrznie jodu w postaci nalewki jodowej, jodku potasu, maści jodowej. O wiele lepiej, a bezpieczniej, działają organiczne przetwory jodu, jak jodotyryna, tyraden itp. Bezcelowe jest leczenie wewnętrzne we wszystkich degeneracyjnych postaciach wola i torbielach. Przeciwwskazane jest leczenie wewnętrzne w razie przeszkód mechanicznych i objawów uciskowych ze strony wola, a dalej tam, gdzie istnieją wybitne już objawy tyreotoksyczne lub objawy choroby Basedowa. K.

Volhard. **O sztucznej odmie piersiowej przy gruźlicy płuc i jamach oskrzelowych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 32). V. jest stanowczym zwolennikiem leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową. Posługuje się przytem przeważnie sposobem Forlaniniego, t. j. wprowadza gaz przez nakłucie klatki piersiowej i to igłą Bönnigera. Sposób ten oddaje nieraz cenne usługi także przy jamach oskrzelowych. U gruźliczych osiąga się rychło spadek ciepłoty, znikanie kaszlu i plwociny, ustanie krwawień i poprawę stanu ogólnego. Skutek zależy w wielkiej mierze od możności dokładnego uciśnięcia płuca. Chory cały czas nie jest przywiązany do łóżka. Złą stroną tego leczenia jest konieczność powtarzania odmy co pewien czas (nieraz i co miesiąc), i to pod kontrolą promieni Röntgena, długi czas leczenia, występowanie wśród leczenia wysięków opłucnych. Wysięki te jednak są zwykle surowicze i jałowe. Rzadko przy tem leczeniu przenosić się także może zakażenie na drugą, zdrowszą stronę. Wskazania: brak silniejszych zrostów opłucnych, sprawa jednostronna, jamy oskrzelowe bez zrostów opłucnych. Przeciwwskazania: ciężkie sprawy obustronne, ropień płuc, galopująca, rozsiana gruźlica. Gdy zrosty są zbyt duże, można próbować usuwania żeber lub ich części podług Wilmsa, przyczem jednak należy najpierw próbować zawsze leczenia odmą, bo rozpoznanie zrostów często może być mylne. A.

Scharff. **Leczenie uretrotermiczne.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 30). S. zbudował narzędzie, dozwalające leczyć ciepłem wewnątrz cewkę, przyczem ciepłotę można dokładnie regulować. Leczenie to oddawało S. cenne usługi

jako środek znieczulający cewkę, a dalej w leczeniu zwężeń. Jako optimum ciepłoty uznaje autor 45° C. przez 20—30 minut. K.

Kobelt. **Leczenie zwężeń cewki zapomocą świeczek wywołujących przekrwienie.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 30). K. uzupełnił powyższe narzędzie Scharffa w ten sposób, że sporządził odpowiednie włosowate świeczki do leczenia zwężeń cewki ciepłem elektrycznem. Próby, dokonane w klinice Biera, wypadły bardzo dobrze, a leczenie postępowało znacznie szybciej, niż przy innych sposobach. K.

Israel. **O operacyi przy kamieniach moczowodowych.** (Berlińskie Tow. urolog. VI). Opisano dotąd około 180 przypadków operowanych kamieni moczowodowych. Z tego sam Israel operował 58 przypadków. Kamienie moczowodowe pochodzą zwykle z nerek, a rosną dalej w moczowodzie, nieraz do dużych rozmiarów. Siedliskiem ich najczęstszem jest część miednicowa (65%), potem lędźwiowa (20%), biodrowa (11%), rzadko pęcherzowa. Przy badaniu może wzbudzać mylne przypuszczenie kamieni kurcz mięśni moczowodu, a przy badaniu promieniami Röntgena — kamyki kałowe, zwapniałe gruczoły i t. p. Rozpoznanie nieraz bywa bardzo trudne. Badać należy zawsze także promieniami Röntgena i to obie nerki i moczowody. Niebezpieczeństwo kamyka moczowodu leży w tem, że wywołać on może zastój w odpływie moczu w nerce, zakażenie następowe, bezmocz i ogólne zatrucie. Operować bezwzględnie należy wtedy, gdy bezmocz trwa 48 godzin, przy cierpieniu obustronnem i zakażeniu miedniczek. Czekać można zaś wtedy, gdy kamień jest tylko po jednej stronie, nie wywołuje bezmoczu, a odchodziły już kamyki samorodnie. Operować trzeba także wtedy, gdy kamień jest zbyt duży i stale tkwi w jednem miejscu, wywołując ból. Należy operować zewnątrzotrzewnie. Gdy kamień leży głęboko, ze względu na trudny szew należy podsunąć go wyżej ew. do nerki (gdy to łatwo idzie) i naciąć nerkę lub miedniczkę. Śmiertelność po operacyi 4%. K.

Böhme. **Śródpęcherzowa operacya nowotworów pęcherza.** (Tow. lek. drezdeńskie. IV. 1912). Zalecone przez Nitzego śródpęcherzowe operowanie guzów pęcherza rozwija się stale; świadczy o tem m. i. ciągłe ulepszanie instrumentaryum. Wskazania: klinicznie i cystoskopowo rozpoznawany nowotwór łagodny, średniej wielkości (najwyżej wielkości śliwki), uszypułowany lub na niezbyt szerokiej podstawie umieszczony. Po usunięciu guza przypala się jego podstawę i śledzi co pewien czas cystoskopem skutek, ewentualnie dopala się pozostałe części. Przeciwwskazania: nowotwór złośliwy, nowotwór zbyt duży, zwężenie cewki, pęcherz zbyt mały lub zbyt drażliwy. Operować można w znieczuleniu lędźwiowem, a nawet nieraz i bez niego. Następne posiedzenie nie powinno następować zbyt rychło po pierwszem, a to dlatego, aby się mogła już utworzyć blizna, przez co pole widzenia staje się znacznie większe. A.

Położnictwo i ginekologia.

Henkel. **Cięcie cesarskie szyjkowe przezotrzewne** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 49). Cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne podał Frank dla przypadków niepewnych pod względem zakażenia. Miało ono stanowić dla operatora wyjście tam, gdzie wahano się między cięciem cesarskiem klasycznem, a wymóżdżeniem żywego dziecka, jednakowoż okazało się ono operacyą atypową, której towarzyszy wielka śmiertelność i chorobliwość matek. Nie gwarantuje ono też szybkiego i pewnego wydobycia płodu, w którego interesie się wykonuje, lecz przeciwnie wydobycie to natrafia na znaczne trudności. Technicznie odpreparowanie otrzewnej jest szczególnie w początkach porodu trudne i często wiedzie do jej zranienia. Dalszą stroną ujemną zabiegu zewnątrzotrzewnego w porównaniu z klasycznym jest niemożność skontrolowania jamy brzusznej i wykonania w niej ewentualnego dodatkowego zabiegu. Stroną dodatnią jest poprowadzenie cięcia przez szyjkę. Ponieważ zdrowa otrzewna lepiej znosi zetknięcie się z materyałem zakażonym, niż rozległe rany w częściach miękkich, i ponieważ metoda przezotrzewna dokładnie chroni jamę brzuszną przed wtargnięciem takiego materyału, przeto autor gorąco poleca ją na miejsce zabiegu Franka. Sam wykonał cięcie szyjkowe przezotrzewne w 33 przypadkach, bądź niepewnych, bądź z pewnością zakażonych, z zupełnem powodzeniem (jedno zejście śmiertelne w 23. dniu po operacyi). A. Markowa.

Roemer. **Pituglandol w praktyce poliklinicznej.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 38). Na zasadzie 17 przypadków, gdzie pituglandol (Hoffman la Roche) bądź wywołał poród siłami natury, bądź stworzył w krótkim czasie bardzo korzystne warunki dla kleszczy, poleca autor gorąco stosowanie tego środka w praktyce prywatnej. A. Markowa.

Klotz. **Leczenie zapalenia otrzewnej pituitryną.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 38). Autor poleca leczenie zapalenia otrzewnej zapomocą śródżylnego wprowadzania pituitryny w ilości 1 cm^3, ewentualnie w połączeniu z roztworem fizyologicznym soli kuchennej. Pituitryna usuwa porażenie jelit, podnosi ciśnienie krwi, dodatnio wpływa na sprawność mięśnia sercowego i wzmaga wydzielanie moczu. Nieodzownym jednak warunkiem jest równoczesne sączkowanie jamy brzusznej. A. Markowa.

Grünbaum. **Dalsze doświadczenia nad działaniem wyciągu z przysadki w położnictwie.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 38). Doświadczenia te obejmują 65 przypadków i potwierdzają dawniej już wypowiedziany pogląd autora, że wyciąg z przysadki (pituitryna, pituglandol lub raporol) jest doskonałym środkiem, wzmacniającym bóle porodowe lub wywołującym je tam, gdzie one wskutek zmęczenia mięśnia macicznego ustały. Wyciąg działa tem silniej, im dalej poród jest posunięty. Ujemnego wpływu na okres III. G. nie dostrzegał. A. Markowa.

Jäger. **O złamaniach kości ramieniowej u noworodków w przebiegu porodów samorodnych przy położeniu czaszkowem.** (Gynaek. Rundschau 1912. Nr 14). Autor opisuje dwa przypadki samorodnego złamania kości ramieniowej w przebiegu prawidłowego porodu i przytacza wiele innych z literatury. Podkreślając znaczenie sądowe tego rodzaju złamań, powstałych bez winy lekarza lub położnej, radzi J. po każdym porodzie kontrolować stan kończyń noworodka. A. Markowa.

Bertkau. **Dwa ciekawe przypadki złamania kości udowej dziecka w przebiegu porodu.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 31). Autor opisuje 2 przypadki, gdzie w czasie obrotu i wydobycia płodu nastąpiło złamanie kości udowej tej nóżki, której do obrotu nie używał. Przypadki te pouczają, że gdy przy wydobyciu płodu napotykamy opór, należy skontrolować ułożenie odpowiedniej kończyny. A. Markowa.

Wiesinger. **Trzy przypadki pierwotnego raka jajowodu.** (Gynaek. Rundschau 1912. Nr 13). Pierwotny rak jajowodu jest sprawą dość rzadką. W etyologii gra rolę poprzedzające zapalenie jajowodu, za czem przemawiałoby usadowienie nowotworu (część środkowa i zewnętrzna) i naciek drobnokomórkowy. Punkt wyjścia stanowi nabłonek wałeczkowaty. W przeciągu 10 lat napotkał W. 3 przypadki pierwotnego raka jajowodu. Objawy kliniczne: bóle, upławy, nieprawidłowe krwawienia z macicy. Bezpłodność nie jest objawem stałym; puchliny brzusznej W. nie znajdował. Jakkolwiek rak jajowodu jest, zdaniem Rosthorna i Kerhera, złośliwszym od raka macicy, to jednak w 2 przypadkach autora nie było nawrotu przez lat trzynaście i trzy. A. Markowa.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 23. IV. 1912.

Jasieński przedstawia chorego A. K. lat 34, przysłanego z kliniki chorób ocznych dnia 15. IV. 1912 z rozpoznaniem obustronnego zaniku nerwu wzrokowego. Chory skarży się, że od roku cierpi na nieustanne zwidywania wzrokowe, bezsenność i rozdrażnienie. Dziedzicznie nieobciążony. Przyszedł na świat zdrowy, rozwijał się prawidłowo, był jednak »nerwowy« od wczesnego dzieciństwa. Przechodził płonicę, odrę. W 21 r. życia ukończył szkoły średnie i rozpoczął studya prawnicze, w 24 r. wstąpił do służby celnej w Rosyi. W 21 r. przechodził kiłę, nie leczony rtęcią, w 27 r. zauważył, że prawem okiem nie widzi. Leczono go hydropatyą i jodem. W 31 r. począł gorzej widzieć na oko lewe i przeszedł odpowiednie leczenie w krakowskiej klinice chorób ocznych. W 32 r. (1910) nie mógł już czytać i lewem okiem. W lipcu 1910 r. dostał na klinice pierwsze wstrzyknięcie salwarsanu, poczem nastąpiła pewna poprawa wzroku, w październiku drugie wstrzyknięcie, które stanu nie zmieniło, w marcu 1911 trzecie. Natychmiast po tem wstrzyknięciu zemdlał. Otrzeźwiony zobaczył »masę fioletowych kropek« i od tej chwili zaczęły go męczyć zwidywania. Stany zupełnej ślepoty z wrażeniem wzrokowem barwy fioletowej, i rozpoznawanie światła z wrażeniem barwy białej zmieniały się dniami naprzemian. Barwę tę widział początkowo jakby gęstą mgłę, a wkrótce z mgły zaczęły się tworzyć obrazy, właściwe zwidywania wzrokowe: n. p. mgła biała przemieniała się w masę latających białych gołębi. Z czasem zwidywania te nabierają urozmaiconej treści: n. p. motyw gołębi przeistacza się w dom, w którym pełno klatek z gołębiami, klatki zsuwają się szybko po drutach, z klatek gołębie wylatują, a myśliwi do nich strzelają. Zwidywania, które jednego dnia miały barwę białą, powtarzają się często nazajutrz w barwie fioletowej, n. p. ludzie fioletowi przemalowują białe konie na fioletowo, a w rzędy końskie wtykają jaskrawe błyszczące ozdoby. W dalszym przebiegu choroby niknie przewaga koloru fioletowego, w zwidywaniach pojawiają się obrazy w barwach naturalnych. Utrzymuje się jednak do dziś przewaga barwy białej, wszystkie zwidywania, zanim znikną, bieleją. Z biegiem czasu zwidywania niejako się systemizują: kilkanaście typowych obrazów z małemi zmianami treści powtarza się ustawicznie, przybywają jednak od czasu do czasu nowe, związane z świeżemi przeżyciami uczuciowemi chorego. Zwidywania te, czasami dziwaczne, przeważnie są monotonne, a jeden i ten sam przedmiot lub też scena masowo się powtarza: n. p. masa gołębi, koni, wojska, domy o wielu piątrach i oknach, nad każdym oknem zegar, u każdego okna kran z wodą i ludzie pijący wodę (chory ma wzmożone pragnienie). Przeważającą ich cechą jest ustawiczny ruch, wszystko mknie, fruwa, rusza się z błyskawiczną szybkością, ludzie są zawsze na łyżwach i posuwają się błyskawicznie, wózki opatrzone mechanizmem toczą się po drogach wartko, karty treflowe suną po sznurach szybko w powietrzu. Drugą cechą obrazów błyskotliwość i jaskrawość, n. p. konie ozdobione błyszczącemi blaszkami, suknie na wzór jaskrawych kart treflowych, złote ażurowe biżuterye, cyganie puszczają lusterkami światło w oczy, świece w oczach i t. p. (Chory zachęcony, by podniósł czarne szkła, przesłaniające mu oczy i popatrzył ku oknu, natychmiast zasłania oczy, twierdząc, że razi go mnóstwo pstrych kart treflowych). Często powtarza się obraz ludzi, układających dla niego plan zwidywań na cały dzień, n. p. nad oknami domów zegary, pod których wskazówki ludzie podkładają plan zwidywań na każdą godzinę; ludzie przesuwają w kinematografie wstążki klisz z obrazami zwidywań; komisya niejako urzędowa zasiada za stołem i przewraca karty książki, w których zapisane są wszystkie zwidywania i układa ich rozkład na cały dzień. Ludzi tych chory nie zna, twarzy ich nie pamięta, do zwidywań odnosi się krytycznie, do owych ludzi nie ma żadnych pretensyi, nie czuje się przez nich prześladowanym. W niektórych zwidywaniach daje się wyśledzić motyw z dawnych jego upodobań, n. p. polowanie z psami, rybołostwo, jazda okrętem, łódkami, gra w karty; w niektórych — z przeżyć silnie zabarwionych uczuciowo, n. p. pierwszy biały koń, jaki mu się w zwidywaniu pojawił, to był biały dorożkarski koń, który go zawiózł w Krakowie do kliniki, gdzie spodziewał się wyleczenia, lub też przejawiają się kompleksy, związane z jego złym stanem zdrowia, n. p. ludzie wkładają go do grobu i zapalają świece w około, widzi siebie zmarłego na katafalku, a wuj (o którego zgonie przedtem się dowiedział) kładzie mu czarny krzyż w głowach i zapala świece i t. p. Niektóre zwidywania mają charakter wybitnie seksualny, inne są niejako szykaną na władze rosyjskie. (Chory jest poglądów liberalnych). Często daje się w nich wyśledzić wprost »spełnienie życzenia«, n. p. chory widzi się w otoczeniu kolegów przy miłej pogawędce; często są tworami, dziwacznie na pozór i bez związku sklejonymi na podobieństwo snów. Chory wyróżnia zwidywania męczące, w których wszystko goni z błyskawiczną szybkością, i spokojne, w których obrazy tylko z lekka drżą. Podczas spokojnych może snuć wątek swoich myśli; niespokojne tak go męczą, że chory lęka się ich, płacze i w bezradności zakrywa ręką oczy, by ich nie widzieć. W umęczeniu tem przychodzą mu czasem w pomoc przyjaciele: n. p. widzi, jak ludzie mu przyjaźni rozsnuwają białe płachty, jakby kurtyny, któremi zasłaniają pstre widowisko. Wtedy chory widzi siebie siedzącego w małym pokoiku, oddzielonym od świata białemi płachtami i uczuwa ulgę. Niektóre zwidywania bawią go swą treścią i śledzi zmienność i treść ich obrazów z zaciekawieniem.

Badanie fizyczne wykazuje u chorego zniesienie wszystkich odruchów źrenicznych, porażenie n. twarzowego po stronie prawej. Język zbacza na prawo, odruch gardłowy osłabiony. Niesprawność ruchów ręki lewej. Odruchy kolanowe i stopowe zniesione. Romberg. Zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca niema. Psychicznie: Inteligencya i pamięć zachowane, uderza jednak wielka drażliwość chorego, niecierpliwość i płaczliwość, chory jest zrozpaczony zwidywaniami i czuje się ciężarem rodzinie. Z powodu tych cech charakteru niemożliwem okazało się dokładne zbadanie psychoanalityczną metodą treści owych zwidywań, chory bowiem rozmawia niechętnie o treści zwidywań i domaga się rychłego usunięcia ich oraz dręczącej bezsenności. Krótkie doświadczenie skojarzeniowe wykazało pozornie jedynie kompleksy, związane z obecnym stanem chorego.

Jasieński rozróżnia wśród powyższych omamów dwa rodzaje: 1) błyski, — które najwięcej dręczą pacyenta, — wywołane są prawdopodobnie zanikiem nerwu wzrokowego; 2) więcej złożone, (często w formie symbolów seksualnych), są związane z osobistemi przeżyciami chorego.

W dyskusyi wskazuje Borowiecki na cały szereg cech paranoidalnych, a mianowicie podejrzliwość chorego, jego urojenia prześladowcze, które on rzutuje w omamach, a które nie są związane z jego osobowością; wreszcie chory widzi to, co myśli, podobnie jak chory na »dementia paranoides« słyszy swoje myśli. Nadto podnosi B., że świadomość osobowości jest utrzymaną. Za przyczynę omamów uważałby zanik nerwu wzrokowego. — Blassberg zastanawia się nad rozpoznaniem. Myślałby o dwóch sprawach: albo »tabo-paralysis«, albo »neoplasma latens«. — Piltz zwraca jeszcze uwagę na opadnięcie górnej prawej powieki i na włókienkowe drganie mięśni twarzy. Dopatrywałby się też małego stopnia zaburzeń mowy. Przychylałby się do rozpoznania »tabo-paralysis«.—Landau przeczy

podobieństwu do »dementia paranoides«, a to głównie dlatego, że krytycyzm chorego jest zachowany.— Rogalski rozpoznaje »tabo-paralysis«, a mianowicie jej formę ze zmianami ogniskowemi. Zmiany poraźne dotknęły głównie tylnych płatów kory mózgowej, zamiast, jak to bywa w zwykłej postaci, — płatów czołowych. Ta siedziba sprawy tłomaczy długi stosunkowo przebieg choroby, bardzo małe upośledzenie władz umysłowych i obecność omamów wzrokowych. R. nie zgadzałby się na to, by przyczyną omamów miał być zanik nerwu wzrokowego. Zmiany te są za stare, by obecnie mogły wpływać podrażniająco, z drugiej zaś strony charakter omamów, ich barwność obrazowa i częściowe usystemizowanie są objawem pracy schorzałej kory mózgowej.

Zgodzono się na rozpoznanie **tabo-paralysis.**

Posiedzenie z dnia 30. IV. 1912.

Landau przedstawia przypadek **wiądu rdzenia z wybitnemi zaburzeniami węchowemi i smakowemi, leczony salwarsanem.** Chory, który liczy obecnie lat 39, przechodził w 18 r. ż. kiłę, nie leczył się jednak prawie zupełnie (kilka zaledwie wcierań rtęciowych). Obecna choroba miała się rozpocząć w 31. r. ż. bardzo silnymi bólami strzykającymi i błyskawicznymi we wszystkich czterech kończynach i tułowiu; do bólów przyłączyło się niedługo podwójne widzenie, zaburzenia w oddawaniu moczu, chodzie, bóle opasujące, a wreszcie w ostatnim roku bardzo częste wymioty (do 50 razy dziennie) z wybitnemi zaburzeniami czucia smakowego i węchowego. Pod względem somatycznym nie brakło w tym przypadku w połowie grudnia 1911, gdy L. badał chorego poraz pierwszy, ani jednego prawie objawu, charakterystycznego dla wiądu rdzenia. L. przedstawia chorego z dwóch powodów. Przedewszystkiem z powodu owych zaburzeń węchowych i smakowych, które od roku blizko przeważały nad wszelkimi innymi objawami chorobowymi, a z którymi w wiądzie spotykamy się nadzwyczaj rzadko (Dejerine, Pfeifer, Erben i Umber). »Niczem nie były owe straszne bóle błyskawiczne«, opowiada chory, »jakie miewałem dawniej, wobec tych męczarni, jakie mi sprawia ten strasznie przykry zapach, którego ani na chwilę nie mogę się pozbyć. Zdaje mi się, że wszystko śmierdzi, jak zgniłe mięso, a czasem znowu zepsutemi jajami. Tylko wtedy, gdy coś jem lub piję, zapach ten na chwilę znika, ale bezpośrednio po jedzeniu powraca smrodliwy zapach, pobudza mnie do wymiotów i zrzucam wszystko. W ustach czuję bezustannie jakby jakąś spiekotę, jakieś palenie i takie mam uczucie, jakby na języku i podniebieniu pełno było włosów i kłaków. Pragnienie olbrzymie i tylko zimna woda i lód przynoszą mi ulgę«. Wrażenia te ze strony węchu i smaku tak były przykre i straszne, że chory nie mógł się wcale oddawać pracy, a nawet myślał i o samobójstwie. I z innego jeszcze powodu przypadek ten zasługuje na wzmiankę, a mianowicie ze względu na wynik leczenia. 24. I. b. r. wstrzyknięto w klinice chorób wenerycznych salwarsan w ilości 0,4 śródżylnie. Na trzeci dzień potem bezład w chodzie mniejszy, w kilka dni potem może chory przejść przez salę bez opierania się na lasce, a objaw Romberga znacznie mniejszy. Ponieważ jednak wymioty, jak i zaburzenia węchu i smaku i nadal się utrzymywały, zastosowano dziesięć wstrzykiwań strychniny po 0,001 podskórnie. W 10 dni po ostatniem wstrzyknięciu wymioty rzadsze, zboczenia węchu i smaku mniejsze, a od miesiąca nie wymiotuje chory zupełnie, zaburzenia zaś węchu prawie zupełnie mu nie dokuczają.

W dyskusyi podnosi Piltz, że dodatni wpływ salwarsanu na bezład w przebiegu wiądu rdzenia zdaje się mu być niewątpliwym. W kilku bowiem przypadkach leczonych w ambulatoryum widywał przedewszystkiem polepszanie się chodu i zmniejszanie się bezładu. Przytacza jednak również przypadek wiądu z silnym bezładem, gdzie wstrzykiwania salwarsanu nie dały żadnej poprawy. Co do wpływu jednak salwarsanu, względnie strychniny na zaburzenia węchu i smaku, to w tym kierunku należy być jeszcze ostrożnym z wypowiadaniem zdania; jeden przypadek o niczem jeszcze stanowić nie może, gdyż mogły objawy te przejść niezależnie od leczenia, tak jak to z różnymi objawami w przebiegu wiądu bywa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 1. X. 1912.

1) Higier przedstawił 35-letniego mężczyznę, od dzieciństwa przyzwyczajonego do ciężkiej pracy fizycznej, zawsze dawniej zdrowego i ze zdrowej pochodzącego rodziny, który od $1^1/_2$ roku narzeka na stopniowo zwiększające się osłabienie kończyn; osłabienie to zaczęło się od ręki prawej, przeszło na lewą, później dołączyło się osłabienie prawej, a następnie i lewej nogi. Bólów, trętwienia, znieczuleń, zaburzenia w oddawania moczu i kału nie było. Męczą chorego często i od pierwszej chwili mimowolne kurcze mięśni przy ruchach nagłych i energicznych. Zniekształceń kośćca niema. Brak objawów opuszkowych. Pobudliwość elektryczna prawego n. twarzowego wyraźnie osłabiona. Chód powolny, niedowładny, bez objawów spastycznych lub ataktycznych. Prawie zupełne porażenie i zanik drobnych mięśni dłoni, zwłaszcza m. międzykostnych i kłębu palca wielkiego, niedowład i zanik mięśni przedramion i ramion oraz ud. Niedowład rozginaczy stopy i palców nóg. Wybitne drganie włókienkowe. Pobudliwość elektryczna obniżona, w niektórych mięśniach częściowy odczyn zwyrodnienia, w innych galwano-toniczny skurcz wydłużony. Czucie zachowane. Odruchy ścięgnowe i okostne kończyn górnych słabe, odruchy kolanowe z trudnością dają się wywołać, odruchy Achillesa znacznie osłabione. Na ogół prawe kończyny słabsze od lewych. Brak zmian naczynioruchowych. O stanie ciepłoty, o skokach i zwolnieniach w rozwoju choroby, o kolejnem występowaniu zaniku i niedowładu, chory nic powiedzieć nie umie, co też utrudnia rozpoznanie między **sclerosis lateralis amyotrophica** (Charcot), a bardzo rzadką postacią **polyomyelitis subacuta adultorum,** dającą czasem poprawę lub wyleczenie. Za tą drugą chorobą przemawia poniekąd brak objawów spastycznych, osłabienie odruchów ścięgnowych i okostnych, obecność wczesnego zaniku mięśni ud, brak objawów opuszkowych i bardzo szybki rozwój cierpienia.

2) L. Kryński. **Leczenie rwy twarzowej wstrzykiwaniami wyskoku.** K. omawia szereg zabiegów operacyjnych, stosowanych w tem cierpieniu; ich cechę charakterystyczną stanowi coraz większy radykalizm w dążeniach i postępowaniu, mający na celu zapobieżenie nawrotom. Widzimy więc kolejno stosowane takie zabiegi, jak neurotomia, neurectomia, nerexaeresis, resectio ad basim cranii, exstirpatio gangl. Gasseri i resectio radicis n. trigemini. Wszystkie zabiegi na częściach nerwu obwodowych dają ogromną odsetkę nawrotów; bardzo dobre wyniki dają operacye wewnątrzczaszkowe, — tu odsetek nawrotów jest nader mały, stanowią one jednak zabieg ciężki, dający do $20^0/_0$ śmiertelności. W r. 1903 Schlösser podał myśl leczenia rwy twarzowej wstrzykiwaniem w gałęzie nerwu trójdzielnego wyskoku, który w stężeniu $80^0/_0$ niszczy nerw, wywołując rozpuszczenie i wessanie wszystkich jego części składowych z wyjątkiem otoczki. Dziś sposób ten ma już obszerną literaturę i kazuistykę złożoną z setek przypadków i zyskał licznych zwolenników swemi niezaprzeczonemi zaletami. Niektórzy bardzo poważni chirurgowie uważają zabiegi operacyjne krwawe wobec wstrzykiwania wyskoku za zupełnie zbyteczne w ogromnej większości przypadków (Kiliani, Alexander, Braun). Technika postępowania nie jest trudna, wymaga tylko dokładnej znajomości anatomii przebiegu nerwów i ich stosunku do otworów i kanałów kostnych czaszki. Co do otworów, leżących powierzchownie (foramen supraorbitale, f. infraorbitale, f. men-

tale), postępowanie jest proste: igiełkę strzykawki wbijamy poprzez skórę do otworu w kierunku przebiegu odpowiedniego kanału i wsunąwszy doń koniec igły, wstrzykujemy 1—1$^1/_2$ ctm. sz. 80$^0/_0$ wyskoku. O wiele trudniejsze jest postępowanie z II i III gałęzią nerwu, kiedy chcemy wstrzyknąć w miejscu wyjścia ich przez otwory (okrągły i owalny) na podstawie czaszki. W celu przeniknięcia dokładnego igłą do każdego z tych otworów podał Offerhaus bardzo szczegółową metodę, opartą na dokładnych pomiarach kraniometrycznych, którą Kr. opisuje, demonstrując na rysunkach i szkieletach czaszek. W tych razach wstrzykujemy ilość większą wyskoku: 2 — 3, nawet 4 ctm. sz. Strony ujemne działania wyskoku są bardzo nieznaczne: ból palący po wstrzyknięciu, silny obrzęk skóry, niekiedy niewielkie wybroczyny; zauważano również trudność w żuciu.

Metodę tę stosował Kr. w 22 przypadkach rwy n. trójdzielnego (u 6 mężczyzn i 16 kobiet, w wieku od 30 do 70 lat). Siedziba bólu dotyczyła w 1 przypadku I gałęzi, w 4 przyp. II gałęzi, w 5 przyp. III g., w 2 przyp. I i II, w 8 przyp. II i III, oraz w 2 przyp. I, II i III gałęzi. Czas trwania wynosił 3 miesiące do 14 lat. We wszystkich tych przypadkach stosowano poprzednio najrozmaitsze sposoby leczenia, niekiedy całe ich szeregi, nie wyłączając zabiegów operacyjnych obwodowych. Z tych 22 przypadków otrzymano w 20 wynik leczenia dodatni: w 17 bóle po wstrzyknięciu ustąpiły zupełnie, w 3 po 2—3 miesiącach zjawiły się nawroty bólu słabsze, które znikły pod wpływem nowych wstrzyknięć. W 2 przypadkach wynik był ujemny; pomimo 4 i 6-krotnego wstrzykiwania bóle nie ustąpiły w zupełności, wskutek czego Kr. wykonał operacyę wycięcia II i III gałęzi u podstawy czaszki z wynikiem zupełnie dobrym.

Wyniki swych doświadczeń streszcza Kr. w sposób następujący: 1) Wstrzykiwanie wyskoku w nerwobólach nerwu trójdzielnego jest metodą cenną, dającą w ogromnej większości przypadków wyleczenie. Na korzyść jej przemawia nadto zupełna nieszkodliwość dla chorego, łatwość rękoczynu i możność powtarzania wstrzykiwań w razie nawrotów. 2) Postępowanie to powinno stanowić metodę zasadniczą, od której należy rozpoczynać leczenie rwy twarzowej. 3) Zabiegi operacyjne krwawe stosować należy dopiero po wypróbowaniu bezskuteczności wstrzykiwań wyskoku. W tych przypadkach, pomijając operacye obwodowe, wykonywać potrzeba wycięcie gałęzi nerwu u podstawy czaszki. Zabiegi wewnątrzczaszkowe powinny być jedynie »ultimum refugium« w przypadkach nerwobólów wyjątkowo uporczywych.

W dyskusyi Kopczyński Stan. podkreśla, że do leczenia metodą wstrzykiwania wyskoku nadają się wyłącznie przypadki nerwobólu samoistnego, nie zaś objawowego. Kopczyński spostrzegał wraz z prelegentem znaczną liczbę jego przypadków i istotnie widział poprawę zdumiewającą. Nawroty oczywiście bywają, bo nawet Sicard, mający bodaj najwięcej pod tym względem doświadczenia, widział chorego, któremu w ciągu 5 lat wstrzyknięto do nerwu wyskok 110 razy. Sprawdzianem zatrucia nerwu jest stałe znieczulenie w obrębie danej gałązki. Francuscy klinicyści dodają do wyskoku 2$^0/_0$ mentolu i 1$^0/_0$ nowokainy.

Łapiński Teodor zwraca uwagę na to, że ból jest rzeczą względną; często ustępuje pod wpływem jakiejś pochłaniającej idei, uczucia. Sugestya często usuwa silne bóle. Zniknięcie lub zmniejszenie bólu w wielu razach zależy od indywidualności osobnika, od jego sugestyjności, od zaufania, jakiem darzy swego lekarza. Stosując więc metodę leczniczą, należy przedewszystkiem ściśle ustalić rozpoznanie i uprzytomnić sobie, z jakim osobnikiem mamy do czynienia. W r. b. Ł. obserwował chorą na rwę n. trójdzielnego; żadne środki, zwykle w tych razach używane, bólu nie usuwały; zaproponowano przeto chorej wycięcie zwoju Gassera; chora wtedy zwróciła się do Ł. i po kilku uśpieniach hipnotycznych bóle ustąpiły prawie zupełnie.

Szmurło zaznacza, że wyskok zyskał opinię doskonałego środka znieczulającego w wielu nerwobólach; w dysfagii gruźliczej wyskok ze wszystkich środków daje wyniki najlepsze. W jednym takim przypadku Sz. widział zupełne zniesienie bólu przy łykaniu, przez 3 tygodnie po wstrzyknięciu w nerw krtaniowy górny 95$^0/_0$ wyskoku.

Janowski utrzymuje, że przed zdecydowaniem się na jakikolwiek zabieg chirurgiczny próbować zawsze należy leczenia, polegającego na silnem wygniataniu (nie miesieniu) gałązek nerwu trójdzielnego w miejscu ich wyjścia z otworów czaszkowych. Na mocy długiego doświadczenia J. oświadcza, że ten prosty zabieg daje wyniki wprost imponujące, przynajmniej w 90$^0/_0$ przypadków nerwobólu n. trójdzielnego i potylicznego. I tu zdarzać się mogą nawroty, lecz nowa serya wygniatań zazwyczaj zmniejsza, a prawie zawsze usuwa cierpienie.

Gajkiewicz jest tego zdania, że wszystkie metody leczenia rwy są względne; i po wygniataniu ból wraca. Czy wstrzykiwania wyskoku dadzą lepsze wyniki co do trwałości wyleczenia, dopiero dalsza obserwacya wykaże; w każdym razie i tu nasuwają się wątpliwości, jeśli Sicard wstrzykiwał w jednym przypadku aż 110 razy.

T. Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 18. maja 1912 r.

I. Dyskusya nad odczytem kol. Stefana Kohna: **O leczeniu krwotoków macicznych.**

Kol. Edward Kohn zaznacza, że prelegent nie wspomniał w swym referacie o wpływie chininy i naświetlania jajników. — Kol. Rejman dowodzi, że mimo różnego działania fizyologicznego leków, stosowanie mieszanek daje często wyniki pomyślne. — Kol. Wasilewski zauważa, że w odczycie pominięto środki termiczne i mechaniczne, stosowane dla wstrzymania krwotoków, a mianowicie przyżeganie parą, tamponowanie, skręcenie macicy lub przechylenie jej ku przodowi. — Kol. Rozenfeld sądzi, że podział krwotoków na tętnicze, żylne i śluzówkowe nie zgadza się z wymaganiami klasyfikacyi logicznej. Zasada podziału powinna być zawsze jednakowa. — Zdanie to popiera również kol. Biegański. — Dalej mówi kol. Rozenfeld o przeciwieństwie fizyologicznem gruczołów sutkowych i jajników. Na tej podstawie lekarze amerykańscy radzą stosować przetwory gruczołów sutkowych w różnego rodzaju krwotokach, zwłaszcza przy włókniakach w porze przekwitania. — Kol. Stefan Kohn odpowiada, że chinina pobudza skurcz włókien gładkich i może mieć pewne zastosowanie w praktyce położniczej. Naświetlanie jajników może być pożyteczne, i o tem była krótka wzmianka w odczycie. Mieszanki, składające się ze środków lekarskich o różnem działaniu fizyologicznem, są niedopuszczalne. Najwyżej łączyć można sporysz z gorzknikiem kanadyjskim. Przyżeganie parą już zarzucono. Środki mechaniczne mogą mieć zastosowanie tylko w położnictwie. Nie przesądzając wartości podanej przez siebie klasyfikacyi ze stanowiska logiki, kol. St. Kohn sądzi, że jest ona najodpowiedniejszą ze stanowiska praktyki lekarskiej.

II. Kol. Rozenfeld: **Nowe prądy w badaniu chorób nerkowych.** Dotychczasowe sposoby badania (białkomocz, wałeczki) nie dają lekarzowi dostatecznego punktu oparcia w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu chorób nerkowych. W ostatnich latach zabiegi klinicystów mają przedewszystkiem na celu poznanie i określenie sprawności wydzielniczej nerek. Z pośród wielu sposobów, służących do określenia t. zw. przepuszczalności nerek (perméabilité), najłatwiejszym a względnie ścisłym jest sposób, zalecany przez autorów francuskich i polegający na wstrzyknięciu w okolicę pośladkową 1 ctm. 5$^0/_0$ rozczynu błękitu mety-

lenowego. Przy prawidłowej przepuszczalności nerek błękit zaczyna się wydzielać z moczem w końcu pierwszej godziny, zabarwia mocz najsilniej po upływie 6 godzin, znika średnio po 50 godzinach. W warunkach chorobowych czas i rytm wydzielania błękitu metylenowego ulega znacznym wahaniom i świadczyć może o zwiększonej lub zmniejszonej sprawności wydzielniczej nerek. Oprócz badania zapomocą błękitu, konieczne jest jeszcze określenie stopnia t. zw. azotemii czyli zatrzymania azotu we krwi. Do badania wystarcza 10 ctm. surowicy, otrzymanej z bańki ciętej. Można również określać mocznik w płynie mózgowo-rdzeniowym. Surowica prawidłowa zawiera w litrze 0·2 mocznika (Castaigne). Przy zatrzymaniu azotu bywa 0·5—1·0 mocznika, czasami 2·0—3·0 i więcej. Powyżej 2·0 rokowanie jest zwykle niepomyślne. Azotemia bywa często jedynym objawem marskości nerki. Pozostaje jeszcze do określenia stopień zatrzymywania się chloru w ustroju chorego, gdyż najczęściej poprzedza ono lub towarzyszy obrzękom. Najprostszym jest sposób Widala, polegający na określeniu stosunku chloru pokarmowego do chloru wydzielonego przez nerki. Oprócz powyższego, obowiązkiem lekarza jest zbadanie ciśnienia tętniczego i stanu serca. Wszystkie te sposoby badania dają lekarzowi niezmiernie ważne wskazówki w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu przewlekłych cierpień nerkowych. Dawny podział anatomiczny chorób nerkowych utracił podstawy i ustąpił miejsca podziałowi, opartemu na podstawie czynnościowej klinicznej. Autorowie francuscy, jak n. p. Castaigne, odróżniają cztery postacie przewlekłego zapalenia nerek, które różnią się pod względem przepuszczalności nerkowej, pod względem zatrzymania azotu i chloru. Nawet w całokształcie obrazu klinicznego mocznicy można wyodrębnić dwie kategorye objawów, z których jedne powstają na tle azotemii, inne zaś wskutek zatrzymania chloru (chlorurémie).

Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

III. Kol. Wacław Kohn pokazał **przyrząd**, służący **do fotografowania preparatów** drobnowidowych, rysowania i rzucania na ekran. Na ekranie przedstawiono gruźlicę skóry, promienicę płuc, raka sutka, włośnicę mięśni, mięsaka czerniaczkowego. Prócz tego pokazał kol. Wacław Kohn szereg preparatów drobnowidowych, między innemi laseczniki dżumy w gruczole chłonnym, laseczniki gorączki maltańskiej, piroplazmy we krwi gołębia.

Posiedzenie z d. 15. czerwca 1912.

I. Dyskusya nad odczytem Rozenfelda: **Nowe prądy w badaniu chorób nerkowych.**

Kol. Wacław Kohn sądzi, że określenie ilościowe mocznika we krwi połączone jest z pewnemi trudnościami. Sposób Yvona wymaga kilku godzin pracy laboratoryjnej i nie jest zupełnie ścisły. Dla celów naukowych klinicznych należy bezwarunkowo posługiwać się sposobem Kjeldahla, atoli duży nakład pracy oraz znaczna ilość krwi, potrzebnej do badania, utrudniają zastosowanie tego sposobu w praktyce prywatnej. Z tych względów niektórzy polecają sposób Barcrofta, gdyż, pomijając już uproszczoną technikę, do badania wystarcza tylko 1 ctm. krwi. Dalej podnosi kol. W. Kohn znaczenie kryoskopii, wymienia kilka sposobów, służących do określenia zatrzymania chloru, wreszcie mówi o białkomoczu, wywoływanym sztucznie przez podanie wewnętrzne 6 białek jaj kurzych. — Kol. Łokczewski przypomina artykuł Rzętkowskiego w sprawie azotemii, drukowany w »Gazecie lekarskiej«. Rzętkowski na podstawie osobistych spostrzeżeń dowodzi, że prawidłowa zawartość mocznika w litrze krwi ludzkiej wynosi 1,007 gr. W zapaleniu płuc włóknikowem ilość mocznika we krwi przewyższała nawet 4$^0/_{00}$, nie dając żadnych zgoła objawów zatrucia moczowego. Stąd też azotemia sama przez się nie ma tej bezwzględnej wartości w rozpoznawaniu i rokowaniu, jaką jej przypisują lekarze francuzcy.— Kol. Biegański przypomina wykład o czynnościowem rozpoznawaniu chorób nerkowych, który przed 2 laty wygłosił w Towarzystwie. Była wówczas mowa o czynności poszczególnych części nerek oraz o sposobach, które mogą służyć do odróżnienia zapalenia kanalików i kłębków nerkowych. Kol. Biegański sądzi, że badania klinicystów francuskich nie są jeszcze ostatecznie ustalone, a nadto mogą mieć szersze zastosowanie tylko w klinice. — Kol. Rozenfeld przyznaje, że badania powyższe, stosowane przez lekarzy praktyków, nie będą może stanowić poważniejszych przyczynków naukowych, pozwolą jednak racyonalniej, niż dotychczas, traktować chorych. W upatrywaniu trudności praktycznych jest nieco przesady. Określenie przepuszczalności nerek zapomocą błękitu metylenowego jest łatwe, określenie ilościowe mocznika we krwi sposobem Yvona, jakkolwiek niezupełnie ścisłe, da się wykonać w każdej pracowni, a nawet w aptece. Obliczenie chlorków powinna poprzedzać kilkudniowa dyeta, w której sól znajduje się w znanym, ściśle określonym stosunku (1·5 gr w litrze mleka). Co się tyczy artykułu Rzętkowskiego, to był on szczegółowo rozpatrzony w odczycie. Badania Rzętkowskiego, oparte zresztą na szczupłym materyale klinicznym, nie przeczą zasadniczo poglądom lekarzy francuskich. Autor ten stwierdza również, że największe ilości mocznika we krwi spostrzegamy w zapaleniu nerek, nakazuje tylko pewną ostrożność w rokowaniu na podstawie azotemii i nie traktuje jej, jako sprawy dla zapalenia nerek swoistej.

II. Kol. Wacław Kohn opisał przypadek **moczenia mleczystego (chyluria)** i przedstawił mocz chorej. Mocz prawie biały, $^1/_4{}^0/_0$ białka, 0·66$^0/_0$ cukru, ciężar gatunk. 1019, pod drobnowidem masa tłuszczu. Chora ma lat 38, wychudzona, małokrwista, bez gorączki, od 3 tygodni leczona na zapalenie nerek.

W dyskusyi opisuje kol. Biegański przypadek podobny. Mężczyzna l. 25, wydzielał okresowo mocz mleczysty. Po 4 nawrotach wyzdrowienie zupełne. Ze względu na powstawanie trzeba odróżniać dwie postacie kliniczne moczenia mleczystego. Pierwsza powstaje pod wpływem nitkowców (filaria sanguinis), druga, jak świadczą badania pośmiertne, jest następstwem rozszerzenia naczyń chłonnych w drogach moczowych. Pęknięcie naczynia chłonnego do moczowodu lub pęcherza jest powodem obecności mleczu. Przyczyną rozszerzenia naczyń chłonnych są nieraz guzy. W moczeniu mleczystem okresowem rokowanie zazwyczaj pomyślne. W końcu mówi kol. Biegański o różnicy między moczeniem mleczystem i tłuszczomoczem (lipuria).

III. Apt. Nowak: **Sprawozdanie z pierwszego Zjazdu aptekarzy w Łodzi** w d. 25 i 26 maja 1912 r. Prace Zjazdu podzielono na 6 sekcyi, w których wygłoszono 24 referaty. Jakkolwiek Zjazd poświęcony był przeważnie sprawom zawodowym, bardzo ważnym ze stanowiska społecznego, zajął się jednak niemniej gorliwie wieloma sprawami z zakresu naukowego. Największy nacisk położono na reformę wykształcenia farmaceutycznego. Oświadczono się za bezwarunkowem wprowadzeniem egzaminu dojrzałości i rozszerzeniem programu wykładów uniwersyteckich. W referacie Bukowskiego została opracowana sprawa fałszowania produktów spożywczych. Przyjęto w tej mierze szereg wniosków, zdążających do poprawy obecnego stanu rzeczy. Ożywioną dyskusyę wywołał referat p. Przeździeckiego o nieuczciwem współzawodnictwie składów aptecznych. Wniosek, zdążający do pewnych zmian w ustawie aptekarskiej i handlu towarami aptecznymi, przesłany zostanie do Departamentu lekarskiego. W dziale naukowym zasługuje na uwagę referat Majewskiego, historya współczesnej iatrochemii, oraz referaty Szydłowskiego, Skulskiego, Otolskiego, poświęcone standartyzacyi leków i surowic. Weil opracował referat o warunkach, koniecznych dla stworzenia i rozwoju przemysłu chemicznego w Królestwie.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos kol. Edward Kohn, Biegański, Kędzierski, Szaniawski, apt. Prüffer, Szydłowski i Długosz.

IV. Kol. Szaniawski: **O cholerynie dziecięcej.** Rzecz przedstawiona w świetle poglądów autorów francuskich, a głównie Lesagea. Drobnoustroju swoistego dotychczas nie zdołano wykryć, jakkolwiek jestto choroba zakaźna, lecz niezaraźliwa. W etyologii oprócz wadliwego karmienia sztucznego, mieszkań gorących i dusznych, upałów letnich, omówiono bliżej wpływ, jaki, zdaniem Lesagea, wywiera na ustrój dziecka wzniesienie ciepłoty zewnętrznej i wyładowań elektryczności. W okresie zwiastunów przynajmniej w 85% przypadków można stwierdzić nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych, sapkę i kaszel, zbliżony do krztuścowego. Z objawów klinicznych, oprócz znanych ogólnie, zasługuje na uwagę nierównomierne ochładzanie się skóry, często występujące pasami. Ciepłota w odbytnicy dochodzić może do 40°, natomiast na powierzchni ciała waha się od 33° do 35°. Serce nieraz do ostatniej chwili kurczy się energicznie, mimo że tętno w tętnicy sprychowej jest ledwie wyczuwalne i zwolnione. Leczenie polega przedewszystkiem na zwalczaniu zapadu. W tym celu stosujemy wstrzykiwania olejku kamforowego, rozczynu fizyologicznego soli i kąpiele ciepłe. W ciągu 24—72 godzin dyeta wyłącznie wodna. Jako środek przeciwtoksyczny, surowica krwi matki.

W dyskusyi kol. Wasilewski wyraża powątpiewanie, czy istotnie wpływ samego przez się upału może być tak szkodliwy dla ustroju dziecka, jak to przyjmuje Lesage. Wiadomo bowiem, że dzieci, karmione piersią, znoszą upały stosunkowo dobrze. W leczeniu podkreśla kol. Wasilewski wielką wartość kalomelu i kwasu solnego. — Kol. Rozenfeld sądzi, że w leczeniu choleryny należy uwzględnić głębokie przemywania kiszek, w dyetetyce bulion jarzynowy (Méry). Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Doroczne Zebranie ogólne z dnia 23 marca 1912.

Obecnych 18 członków rzeczywistych, wobec czego na zasadzie § 14. ustawy zebranie prawomocne.

1) Na przewodniczącego zebrania zaproszony przez aklamacyę kol. Żołędziowski.

2) Sekretarz odczytał sprawozdanie z ruchu członków i działalności naukowej.

Ze sprawozdania tego wynika, że 1. stycznia 1912 Towarzystwo liczyło 41 członków rzeczywistych, samych lekarzy, zamieszkujących w powiecie będzińskim.

Oprócz zebrania organizacyjnego odbyło się 6 posiedzeń a mianowicie w maju — 2, w czerwcu, październiku, listopadzie i grudniu po 1. Najwięcej obecnych było na posiedzeniu inauguracyjnem, mianowicie 34, najmniej na październikowem, bo tylko 15. Średnia frekwencya 21.

Referatów wygłoszono 9, a mianowicie: I. Z dziedziny chorób wewnętrznych: 1) Kol. Weinzieher: Przypadek duru brzusznego o szczególnym przebiegu. II. Z dziedziny chirurgii: 2) Kol. Czajkowski: Przyczynek do etyologii zapaleń wyrostka robaczkowego. 3) Kol. Arnold: O rokowaniu w chirurgii. III. Z dziedziny medycyny sądowej: 4) Kol. Weinzieher: Z kazuistyki sądowo-lekarskiej. IV. Z dziedziny spraw sanitarno-higienicznych: 5) Kol. Dehnel: O rozwoju stosunków sanitarnych w Zagłębiu w ciągu ostatnich 25 lat. 6) Tenże: Rozwój i stan szpitalnictwa w Zagłębiu w ciągu ostatnich 25 lat oraz uwagi o szpitalach prowincyonalnych. 7) Kol. Puterman: O pracowniach prowincyonalnych. V. Z dziedziny spraw zawodowych: 8) Kol. Wołkowicz: O lekarzu fabrycznym. 9) Kol. Perelman: O pomocy lekarskiej fabrycznej.

Oprócz tego opowiedział kol. Czajkowski: 1) O przypadku zapalenia opon gruźliczego, leczonym zapomocą wstrzykiwań własnego wyrobu surowicy w ciągu ostatnich dni życia bezskutecznie; 2) o przypadku pokąsania przez psa wściekłego, leczonym w maju 1910 r. u Palmirskiego; po roku wystąpiły pomimo leczenia objawy wścieklizny; 3) o przypadku zapalenia opon mózgowordzeniowych, wyleczonym zapomocą szczepionek swoistych własnego wyrobu; 4) o przypadku wyleczenia zapalenia stawu biodrowego gruźliczego zapomocą szczepionek swoistych własnego wyrobu. Nadto przedstawili: 1) Kol. Arnold, preparat craniorhachischisis; 2) kol. Dehnel, koniec palca z wyrwanym przez maszynę przędzalniczą ścięgnem wspólnego zginacza palców, długości 25 cm.

W ciągu tegoż okresu Zarząd, w skład którego wchodzili: Kol. Czajkowski (prezes), kol. Królikowski (wiceprezes), kol. Weinzieher (sekretarz), kol. Zieleniewski (skarbnik), kol. Puterman (bibliotekarz) i kol. Dehnel i Pfabe (członkowie), odbył 5 posiedzeń, na których omawiano wnioski nagłe, przedstawione na posiedzeniu organizacyjnem i przekazane Zarządowi do zaopiniowania, zajmowano się stroną gospodarczo-administracyjną Towarzystwa, ułożono budżet, układano porządki dzienne posiedzeń ogólnych i w myśl § 1e ustawy starano się wpływać łagodząco na nieporozumienia między kolegami, opierające się o Zarząd.

3) Bibliotekarz odczytał szczegółowe sprawozdanie o stanie księgozbioru Towarzystwa i ruchu czytelnianym. Ze sprawozdania tego okazuje się, że 1. stycznia 1912 r. biblioteka liczyła 877 tomów dzieł lekarskich, odpowiednio skatalogowanych i podzielonych na 20 działów; korzystało w okresie sprawozdawczym z księgozbioru 11 kolegów, którzy wypożyczyli 40 książek i 38 numerów czasopism. Najwięcej czytano z działu pedyatryi (12 tomów).

4. Przedstawiono Towarzystwu projekt działalności na r. b. i rozdano kolegom 14 tematów do opracowania. Projekt ogólne zebranie zaaprobowało.

5. Do Zarządu zostali wybrani: Kol. Czajkowski prezesem, kol. Królikowski wiceprezesem, kol. Weinzieher sekretarzem, kol. Zieleniewski kasyerem, kol. Puterman bibliotekarzem i kol. Dehnel i Pfabe, wszyscy ponownie. Do komisyi rewizyjnej wybrano kol. Arnolda, Falkowskiego i Suchodolskiego. S. Weinzieher.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 23. X. 1912 posiedzenie, na którem Doc. Radliński przedstawił operowany przypadek wgłobienia okrężniczo-okrężniczego, a Dr Janiszewski przedstawił i objaśnił plany nowych zakładów sanitarnych miejskich. W dyskusyach przemawiali prof. Braun, prof. Gliński i i.

— Najbliższe posiedzenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego poświęcone będą seryi wykładów z zakresu neurologii i psychiatryi. Posiedzenia w d. 30. X. i 2. XI. odbędą się w klinice prof. Piltza (ul. Kopernika 46).

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w dn. 19. X. 1912 następującemi sprawami: Bystra pod Białą jako miejsce klimatyczne, budowa szpitala w Kamionce strumiłowej, utworzenie okręgu sanitarnego w powiecie Jarosławskim, grobowce rodzinne w Burakówce i Czyszkach.

— Na półrocze zimowe zapisało się na Wydział lekarski w Krakowie 476 słuchaczy zwyczajnych, 5 nadzwyczajnych, 51 słuchaczek zwyczajnych i 2 hospitantki (ogółem 534).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Klemens Jan Lipiński, rodem z m. Łodzi.

— W klinice chirurgicznej we Lwowie odbyła się w zeszłym tygodniu uroczystość 25-lecia pracy profesorskiej r. dw. Dra Ludwika Rydygiera. W sali wykładowej, przybranej kwiatami, zebrali się profesorowie Wydziału lekarskiego z rektorem Dr Beckiem, liczne grono lekarzy wojskowych, asystenci, słuchacze i słuchaczki. Wchodzącego Jubilata przyjęto oklaskami, poczem chór akademicki odśpiewał kantatę. Nastąpiły przemó-

wienia. Najpierw zabrał głos Dr Ostrowski w imieniu asystentów i byłych uczniów; imieniem uniwersytetu przemówił rektor Dr Beck; szef lekarzy wojskowych Dr Longchamps imieniem lekarzy wojskowych XI korpusu; Dr Kučera imieniem Wydziału lekarskiego uniwersytetu lwowskiego; w imieniu lekarzy wojskowych obrony krajowej Dr Kapper; imieniem Tow. lekarskiego lwowskiego Dr Skałkowski, wreszcie imieniem uczniów Dr fil. Schreiber. Jubilat podziękował serdecznie za wszystkie życzenia, poczem wygłosił odczyt p. t.: »O leczeniu ran postrzałowych w czasie wojny«. Piękną uroczystość zakończył chór akademicki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. X. do 19. X. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (obcych — † 1), krztuśca 2 † 1, ospy wietrznej —, płonicy 4 † 1, duru brzusznego 4 † — (1 † —), czerwonki 4, róży 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo farmaceutyczne warszawskie obchodziło czterdziestoletni jubileusz. Założone głównie przez Lilpopa, F. Szteynera, E. Andersa i W. Karpińskiego, posiada Towarzystwo piękną bibliotekę, gabinety farmakognostyczny, mineralogiczny, fizyczny, chemiczny, najbogatsze w kraju zbiory botaniczne, wydało szereg podręczników i dzieł naukowych, urządzało konkursy na prace naukowe, wykłady dla uczniów farmacyi, a od r. 1874 wydaje własny doskonale redagowany organ: »Wiadomości farmaceutyczne«. Przy Towarzystwie powstała kasa wsparcia podupadłych farmaceutów, wdów i sierot. Od r. 1899 ma Towarzystwo własny dom, w którym założyło pracownię analityczną (w r. 1906 oddaną bezpłatnie na użytek Tow. kursów naukowych). Towarzystwo położyło wielkie zasługi około rozbudzenia ruchu umysłowego wśród młodzieży farmaceutycznej.

— Miejski zakład położniczy przy ul. Karowej na 70 łóżek otwarty zostanie w listopadzie. (Gaz. lek. 42).

— »Gazeta lekarska« (Nr 42) występuje ostro przeciw coraz częstszemu w Warszawie niewłaściwemu reklamowaniu się lekarzy, uchybiającemu godności stanu.

— Dr Chybczyński rozpoczął wydawnictwo miesięcznika lekarskiego w języku esperanto p. t. »Kuracisto«. (Lekarz). Lekarze pragnący, aby oryginalne ich prace polskie zostały zreferowane w tym miesięczniku, zechcą nadsyłać streszczenia w języku polskim (ewentualnie w esperanto) pod adresem: Dr L. Chybczyński, Warszawa, ul. Szopena Nr 1.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 14. X. do 21. X. 1912 przypadków: ospy 3 † —, płonicy 1 † —, róży —, czerwonki — † 1.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Departament sanitarny serbskiego ministerstwa wojny zwrócił się do Towarzystw lekarskich polskich z prośbą o ogłoszenie, iż poszukuje lekarzy, wyłącznie do szpitali w granicach samej Serbii. Oprócz zdrowia fizycznego wymagana jest znajomość służby szpitalnej, a pożądane wykształcenie chirurgiczne. Zobowiązanie conajmniej na 3 miesiące, płaca 400 franków miesięcznie; koszta podróży II klasą do Belgradu i z powrotem (z kosztami bagażu) zwrócone zostaną w Belgradzie. Lekarze ci nie będą należeć do wojskowego korpusu lekarskiego i nie będą nosić uniformu. Zgłaszać się należy do »Direction de santé militaire de Serbie«.

— Izba posłów parlamentu austryackiego odesłała projekt ustawy o chorobach zakaźnych z powrotem do swej komisyi sanitarnej. »Quousque tandem?«

— Jedyną rzeczywiście lekarską instytucyą ubezpieczeń jest w Austryi »Pensionsinstitut des Wiener medizinischen Doktorenkollegium«. Premie za ubezpieczenie są w tym Instytucie o czwartą część niższe, niż w zwykłych Towarzystwach ubezpieczeń; instytut wypłacił dotąd 1,150.000 kor. pensyi, a ma przeszło 2,000.000 kor. majątku. By ułatwić kolegom przystępowanie, zmienił Instytut swe statuty. Każdy lekarz, mający dyplom austryacki, może ubezpieczać się odtąd na pensyę 2.400 kor. (dotąd maximum wynosiło 1200 kor.; dawniejsi członkowie mogą ubezpieczenie swe podwyższyć). Utworzono nową taryfę (Spartarif), według której można płacić premie w dowolnych terminach i w rozmaitej wysokości. Przez zniesienie przymusu reasekuracyi uzyskano około 20% oszczędności. O statuty i wyjaśnienia zwracać się należy do biura Instytutu (Büro des Pen-



sionsinstitutes des Wiener med. Doktorenkollegium, Wien I., Franz Josef Kai Nr 65). Prezesem instytucyi jest prymaryusz r. Dr H. Adler, wiceprezesami Dr Scholz i prof. Dr K. Ewald.

— Zjazd delegatów państwowego Związku organizacyi lekarskich austryackich odbędzie się w Wiedniu 10. i 11. listopada. Na porządku dziennym posiedzeń publicznych znajdują się, oprócz zwykłych sprawozdań zarządu i t. p., następujące sprawy: 1) Stanowisko wobec Związku kas chorych (Genossenschaftskrankenkassen). 2) Sprawozdanie z obecnego stanu projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. 3) Uchwały XVIII. Wiecu Izb lekarskich. 4) Projekt ustawy karnej. 5) Należytości sądowe lekarzy. 6) Położenie lekarzy więziennych. Na posiedzeniach poufnych będą przedmiotem obrad: regulamin dla ogłaszania ostrzeżeń i bojkotu, utworzenie sekcyi (psychiatrów, balneologów, lekarzy kolejowych) i stanowisko lekarzy wobec nowej ustawy aptekarskiej.

— »Oesterr. Aerztevereins-Verband« (Wien I. Franz Josefs-Quai 65) ogłasza konkurs na zapomogi dla wdów lub sierót po lekarzach, promowanych w Uniwersytecie wiedeńskim. Rozdane zostaną z fundacyi Dr Ferdynanda bar. Buschmanna (jedna 200 kor., dwie po 100 kor.). Podania z dołączeniem dokumentów (akt zejścia, dyplom doktorski zmarłego lekarza, świadectwo ubóstwa) wnosić należy (pod powyższym adresem) najdalej do 15. listopada b. r.

— XVIII. Wiec Związków lekarskich austr. (Aerztevereinstag) odbędzie się 11. XI.) 1912 (o godz. 8 rano) w Izbie lekarskiej wiedeńskiej (I. Börsegasse 1.).

— Międzynarodowy Zjazd elektro-radyologiczny odbył się w Pradze od 3. do 9. X. b. r. Prezesami honorowymi Zjazdu wybrano: prof. Becquerela z Paryża, prof. Cirera y Salza z Barcelony, prof. Bertolettiego z Turynu, prof. Vessilidesa z Aten i Dra Zanietowskiego z Krakowa. Pani Curie-Skłodowska, której przybycie na Zjazd, mimo że zamiaru tego nie miała, zapowiedziano, nadesłała pismo z życzeniami dla Zjazdu. Z Polaków brali udział: Adamkiewicz, Bandrowski, Serbeński, Skabowski, Wesołowski i Zanietowski. Imieniem Polskiego Towarzystwa balneologicznego przemawiał na otwarciu Zjazdu Dr Zanietowski po francusku, a na posiedzeniu naukowem, jako jeden z prezesów honorowych, po polsku. Ze Zjazdem tym połączona była okazała wystawa przyrządów elektrycznych. Na Wystawie tej miała być przyznana nagroda międzynarodowa kongresu w Barcelonie za najlepsze wykonanie przyrządu Dra Zanietowskiego, któremu na ostatniem posiedzeniu wyraził prezes komisyi międzynarodowej zjazdów elektrologicznych, prof. Doumer, publiczne uznanie.

Zmarli:

Hermann Zuppinger.

Wspomnienie pozgonne.

W Zürichu zmarł w ciszy człowiek, którego żywot dowiódł, że mimo kalectwa można dojść do poważnych wyników pracy. Imię Zuppingera znane jest najwięcej stąd, że on to podał w leczeniu złamań bardzo cenne szyny, działające automatycznie wyciągowo przy małych obciążeniach. Z początku był lekarzem praktycznym w Elgg, z powodu jednak wielkiej krótkowzroczności i głuchoty porzucić musiał praktykę i poświęcił się rentgenologii, a w r. 1904 został mianowany docentem Wydziału lekarskiego w Zürichu. Tutaj rozwinął on żywą działalność naukową, a na polu rentgenologii położył wielkie zasługi, zwłaszcza nad badaniem absorpcyi promieni Röntgena. Ze względu na swe kalectwo żył zdala od ludzi, a zmarł jako ofiara zawodu, bo wskutek pracy rentgenowskiej nabawił się raków skórnych na twarzy i rękach, które wytworzyły przerzuty w płucach, kładąc kres życiu tego nieszczęśliwego a wytrwałego pracownika.

A. Klęsk.

Dr Bolesław Sokołowski w 64 r. ż. w Petersburgu; Dr Edmund Sachs, b. naczelny lekarz szpitala wojskowego w Lublinie, radca stanu, w 75 r. ż. w Warszawie; chirurg prof. Löbker, prezes niemieckiego »Aerztevereinsbund« w Berlinie; chirurg prof. Strehl w Królewcu; interniści em. prof. Koths w Strassburgu, prof. Golubin w Moskwie, chirurg prof. Tavel w Bernie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 10. Cena 1·75 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Październikowy zeszyt tegoroczny zawiera 3 rozprawy: Doc. Olppa z zakresu chorób podzwrotnikowych, (która z natury rzeczy mniej budzić może zajęcia ogólnego), prof. Friedbergera z zakresu badań nad odpornością i Dr Schottmüllera o durze i chorobach pokrewnych. Szczególnie rozprawa Dra Schottmüllera, poruszająca temat zawsze doniosły, a w ostatnich latach wzbogacony wielu badaniami, może liczyć na poczytność.

Z.

Redakcya otrzymała: Sędziak: 1) O wpływie dodatnim zabiegów nosowych, względnie nosogardłowych, na wysadzenie gałek ocznych, oraz na przerost gruczołu tarczowego. Przyczynek do leczenia choroby Basedowa. Odb. »Nowiny lek.« 1912.— 2) Tosamo po angielsku. »Journal of Laryngol. 1912. 3) Tosamo po francusku »Archives internat. de laryngologie«. 1912. —

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniach **30. października i 6. listopada** 1912 (o godz. 6 wieczór) odbędą się **w klinice chorób nerwowych i umysłowych (ul. Kopernika 46).** Na porządku dziennym: I. 30. X.: 1) Dr J. Landau: O znaczeniu objawów ogólnych dla wczesnego rozpoznania nowotworów mózgu. 2) Demonstracye chorych. — II. 6. XI.: 1) Prof. Dr Piltz: Rozpoznanie różniczkowe między stanami depresyi (psychosis maniacalis depressiva), a stanami neurastenicznymi lub histerycznymi. 2) Demonstracye chorych.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

»Enrilo« jest przez naszych lekarzy przychylnie oceniany Polecamy bardzo zwrócić uwagę na odnośny inserat w dziale inseratowym dzisiejszego numeru. Wyrób krajowy!